

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA MULTILINGÜE EN NEGOCIOS E  
INTERCAMBIOS INTERNACIONALES**

**ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE UNA REFORMA DE LA ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–**

**CRISTINA LUNA RIBADENEIRA**

**QUITO, 2012**

*A mi familia*

*Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su  
apoyo incondicional*

*Todo este trabajo ha sido posible gracias a ustedes.*

## ÍNDICE

1.	TEMA	01
2.	INTRODUCCIÓN	01
	<b>CAPÍTULO I</b>	
	<b>PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA</b>	
1.1.	La salud en la promoción del desarrollo	07
1.1.1.	Disparejos avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo de Milenio relacionados con la salud	07
1.1.2.	El papel de la salud en el desarrollo sostenible	11
1.1.3.	Reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud	14
1.2.	Los retos sanitarios mundiales en el siglo XXI	17
1.2.1.	Las enfermedades crónicas no transmisibles, la epidemia global del siglo XXI	17
1.2.2.	Financiamiento de los sistemas sanitarios: avances hacia la cobertura universal	20
1.2.3.	Urbanización rápida y no planificada: un reto sanitario mundial en el siglo XXI	24
1.3.	Función de la OMS y sus prioridades globales	26
1.3.1.	Breve historia de la OMS y sus ventajas comparativas	27
1.3.2.	Establecimiento de prioridades de la OMS- Programa de acción sanitaria mundial	30
1.3.3.	Las prioridades de la OMS desde los intereses de los Estados Miembros	34
	<b>CAPÍTULO II</b>	
	<b>GOBERNANZA</b>	
2.1.	Gobernanza interna de la OMS: la labor de los órganos deliberantes	39
2.1.1.	Asamblea Mundial de la Salud	39
2.1.2.	Consejo Ejecutivo de la OMS	42
2.1.3.	Convergencia entre los órganos deliberantes regionales y Mundiales	46
2.2.	Función de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial y marcos de colaboración vigentes para su regulación	48
2.2.1.	Iniciativas mundiales en pro de la salud-Alanzas mundiales	49
2.2.2.	Políticas y mecanismos internos para regular la participación de la OMS dentro de alianzas sanitarias mundiales	53
2.2.3.	Marcos de colaboración vigentes a nivel mundial	58
2.3.	Relación de la OMS con otros actores y asociados en la esfera de la salud	61
2.3.1.	Interacción de la OMS con los donantes y alianzas con organizaciones privadas con fines lucrativos	61
1.3.2.	Colaboración de la OMS con las Organizaciones No Gubernamentales	64
1.3.3.	Colaboración de la OMS con el Sistema de Naciones Unidas	68

CAPÍTULO III		
GESTIÓN		
3.1.	Sistema de financiación de la OMS	73
3.1.1.	Marco de planificación basado en resultados- asignación estratégica de recursos	73
3.1.2.	Previsibilidad de la financiación y flexibilidad de los ingresos - contribuciones voluntarias vs. contribuciones señaladas	76
3.1.3.	Movilización de recursos	78
3.2.	Políticas y prácticas en materia de Recursos Humanos	81
3.2.1.	Desajuste entre la gestión de recursos humanos y el sistema de financiación de la OMS	81
3.2.2.	¿Está el personal de la OMS adaptado a sus necesidades?	83
3.2.3.	Informes previos- Identificación de retos en materia de gestión de recursos humanos de la OMS	86
3.3.	Eficacia organizativa y administrativa de la OMS	88
3.3.1.	Rendición de cuentas y transparencia en la Organización	88
3.3.2.	Política de evaluación y mecanismos de supervisión de la evaluación	91
3.3.3.	Eficacia, eficiencia y coordinación entre los distintos niveles de la OMS	94
3.	ANÁLISIS	98
4.	CONCLUSIONES	106
5.	RECOMENDACIONES	109

## **1. TEMA**

### **ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE UNA REFORMA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–**

## **2. INTRODUCCIÓN**

Miles de personas alrededor del mundo mueren innecesariamente a causa de enfermedades que son prevenibles mientras que nuevas enfermedades surgen debido a estilos de vida no saludables. Es inconcebible pensar que las inequidades sanitarias entre los países son tan altas que la esperanza de vida de las mujeres al nacer en Japón (86 años) duplica la que tienen las mujeres al nacer en Zambia (43 años), y que las condiciones sociales y económicas de las personas son el factor determinante del riesgo de enfermarse y las medidas con las que cuentan para prevenir o tratar las enfermedades. Pero, ¿son suficientes las acciones de la OMS para ayudar a los países a superar estos retos?

Todas las personas esperan que los esfuerzos desplegados y los recursos invertidos se transformen en mejores sistemas de salud y especialmente que éstos estén al alcance de todos, independientemente de sus circunstancias socioeconómicas, sin embargo, la realidad en la que se vive es diferente. Las dificultades con las que los países y la OMS se enfrentan son cada vez mayores; las expectativas crecen mientras que los fondos se reducen y las prioridades de la Organización exigen una mayor focalización estratégica.

Las poblaciones en el mundo se ven desafiadas por un contexto sanitario versátil: enfermedades emergentes y reemergentes, nuevas reglas, campos interrelacionados de política, múltiples grupos de interesados con agendas o intereses varias veces opuestos, problemas de equilibrio de poder y múltiples iniciativas que carecen de normas coordinadas y coherentes. En definitiva, una estructura cambiante que pone en cuestionamiento el rol de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial para coordinar las diversas iniciativas en esta esfera y presenta a la Organización la necesidad de buscar nuevos mecanismos para una gestión más eficaz para ayudar a los países a fortalecer sus instituciones de salud a largo plazo, que se alejen de proyectos fragmentados y conflictos de intereses, y que aborden a los factores determinantes de la salud para reducir las inequidades sanitarias que afectan a todos los países.

Con más de 60 años de existencia, la Organización Mundial de la Salud, agencia del sistema de la Organización de Naciones Unidas -ONU- especializada en la salud internacional, ha desempeñado funciones fundamentales en pro de la salud global. Sin embargo, las enormes brechas entre las aspiraciones globales y la realidad de las acciones sanitarias con resultados mundiales positivos ponen en tela de juicio si el accionar de la misma resulta el más adecuado para enfrentar los nuevos retos sanitarios derivados principalmente de las fuerzas de la globalización.

En realidad, la globalización y sus tendencias neoliberales se han manifestado fuertemente no únicamente en la política y en la economía sino que también en otros campos esenciales de la vida humana como en el de la salud pública. Es así que el accionar de la OMS, como el de otras instituciones sanitarias internacionales, se ha visto condicionado por un sistema de hegemonías políticas mundiales que responden a un modelo de cooperación en pro de desarrollo, limitado y dirigido desde arriba. Al parecer, esta realidad de la distribución del poder ha olvidado un hecho importante: a pesar de que el campo de acción de la OMS es mundial, sus políticas deben venir de los Estados Miembros, como actores principales en la política sanitaria internacional, y es precisamente a partir de estos gobiernos que se debe buscar mejorar los servicios de salud y el goce del derecho a la salud de todas las personas en el mundo.

El presente trabajo de grado tiene como objetivo general el analizar las principales dificultades que evidencian la necesidad de una reforma profunda de la OMS para lo cual se ha escogido al institucionalismo neoliberal como modelo teórico o la llamada teoría institucionalista puesto que el simple hecho de evaluar la necesidad de efectuar cambios en la OMS, pone en manifiesto la importancia de mantener una institución global en materia de salud, pero que necesita ser fortalecida para retomar el liderazgo en la salud global. Esto forma también parte de una realidad: si bien los Estados Miembros son actores claves en el campo de la salud internacional, no son los únicos actores significantes. Es así que la OMS debe ser la institución que ayude a gobernar este sistema internacional competitivo y anárquico, y alentar a que el multilateralismo y la cooperación sean los medios para asegurar la consecución de los intereses nacionales.

De esta manera, el análisis a realizarse se basará en los postulados de defensores de este modelo teórico como Robert Keohane, Stanley Hoffmann y Andrew Moravcsik, haciendo énfasis en el principio central de esta teoría institucionalista, es decir, la constitución de instituciones que funcionen como el medio para alcanzar una gobernanza transnacional en temas específicos. Postulado que debería guiar el accionar de la OMS, de manera que el comportamiento de los Estados esté limitado por sus normas y reglas, a fin de obtener ganancias absolutas a través de la cooperación internacional en materia de salud, teniendo en cuenta que ésta fue creada precisamente con el interés común entre sus Estados Miembros de trabajar conjuntamente para mejorar la salud de todas las personas del mundo. Precisamente como lo establece esta teoría institucionalista, las instituciones pueden hacer la diferencia ayudando en la resolución de problemas globales y regionales, y fomentando la cooperación y no el conflicto entre los países.

De hecho, en busca de este bien colectivo la OMS ha tenido muchos logros en su gestión sanitaria mundial, y en varios casos de manera muy importante, especialmente en su función normativa. En la última década la importancia de esta participación fue evidenciada en la adopción de dos instrumentos internacionales en los que se reconoce la naturaleza cada vez más transnacional de las amenazas sanitarias, enfocándose en la prevención y en la protección colectiva contra amenazas comunes: el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003) y el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Es importante destacar estos éxitos puesto que hoy en día el hecho de conseguir el consenso internacional en temas potencialmente conflictivos es una muestra del grado en que los gobiernos, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, desean trabajar para un fin común contribuyendo conjuntamente para el fortalecimiento de la salud pública. De hecho, la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco ha tenido repercusiones positivas en varios países de la Región como en el Ecuador, con la reciente aprobación de la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco en la que se establecen medidas para restringir su promoción, comercialización y consumo.

Es así que la presente investigación estudiará toda esta problemática que pone en evidencia los aciertos y principalmente las debilidades en la

gestión tanto interna como externa de la OMS desde una perspectiva institucionalista, a fin de determinar la necesidad de llevar a cabo un proceso de cambios en la Organización, partiendo del análisis de los principales retos que enfrenta la salud mundial y la orientación estratégica de la Organización para hacerlos frente. De esta manera, se han determinado los objetivos particulares de determinar los criterios selectivos en la programación estratégica para el establecimiento de las prioridades dentro de la OMS, así como identificar las causas tanto del debilitamiento del rol de la gobernanza sanitaria mundial de la Organización como las que impiden a la misma disponer de un sistema de financiación flexible.

Con este fin se ha establecido la siguiente hipótesis de trabajo, la cual orientará la presente investigación: *la eficacia y eficiencia de las actividades básicas de los tres niveles de la OMS y el actual sistema de financiación, serían la causa de un debilitamiento de la gobernanza de la OMS y la función de ésta en la gobernanza sanitaria mundial, lo cual determinaría la necesidad de llevar a cabo una reforma de la Organización focalizada en una revisión de los criterios para el establecimiento de las prioridades estratégicas para superar los retos sanitarios con los que se enfrentan los países en el siglo XXI.*

No es sencillo reconocer las falencias y aplaudir los éxitos de una Organización que históricamente ha venido desempeñando sus funciones de una determinada manera y en un contexto sanitario mundial distinto al actual. Sin embargo, si se analiza desde una perspectiva selectiva y estratégica a partir de las necesidades de los países, que reconozca sus realidades y utilice las ventajas comparativas de la Organización, nos acercaremos más a una OMS que abarque los cambios específicos necesarios para un accionar más eficaz, eficiente, coherente y con una mayor capacidad de respuesta a un mundo versátil y con amenazas de suma complejidad para la salud de todas las poblaciones del mundo.

La salud juega un papel preponderante en el desarrollo de todos los países, es uno de los temas sociales más complejos en la política tanto internacional como nacional, ya que se trata de un derecho humano del que todas las personas deberían gozar. En consecuencia, una OMS fortalecida no solo cambiaría el panorama sanitario a nivel global sino que tendría repercusiones directas en el Ecuador, pues permitiría una gestión y



coordinación más eficiente y más coherente entre todos los actores involucrados tanto internos como externos, estatales y no estatales, para así evitar la duplicación y fragmentación de proyectos y políticas destinadas al fortalecimiento de capacidades nacionales, a fin de alcanzar la tan anhelada cobertura sanitaria universal para que todos los ciudadanos puedan tener acceso a los servicios de salud independientemente de su situación socioeconómica.

Los conocimientos adquiridos a largo de la carrera multilingüe en negocios y relaciones internacionales han permitido comprender de mejor manera el funcionamiento global de la OMS, al tratarse de una organización internacional. Además, ha facilitado el entendimiento de la relación y la influencia de esta institución en el Ecuador, como Estado Miembro de esta Organización. Asimismo, la experiencia adquirida a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como responsable de este organismo internacional, ha proporcionado las herramientas necesarias para que a través de una perspectiva crítica se analicen sus funciones, actividades y normativas, para determinar las necesidades de reforma de la OMS.

A fin de abordar de la mejor manera esta problemática de la Organización, que nos permitirá llegar a verificar la hipótesis de trabajo, el presente trabajo de grado ha sido estructurado en tres capítulos:

En el capítulo I se detalla primeramente la situación sanitaria mundial tomando en cuenta tanto el rol de la salud en la promoción de desarrollo a través de un análisis de los ODM, las inequidades sanitarias y la salud en el desarrollo sostenible, así como también analizando los principales retos sanitarios mundiales del siglo XXI. Finalmente, se describe el trabajo en la programación estratégica de la OMS a través de sus instrumentos y los criterios utilizados para el establecimiento de prioridades.

En el capítulo II se examina la gobernanza desde dos enfoques: la gobernanza interna de la OMS, así como también el papel que la Organización desempeña en la gobernanza sanitaria mundial. En un inicio se detallan las estructuras existentes de gobierno en la OMS, haciendo énfasis en los órganos deliberantes y enumerando para cada caso los desafíos a los que éstos se enfrentan. Posteriormente, se analiza la función de liderazgo de la

Organización en el complejo panorama sanitario mundial actual, tanto desde el punto de vista de su interacción con otros interesados como en los mecanismos internos y externos vigentes para orientar dicha implicación, detallando también para este caso los retos a los que enfrenta la Organización en el fomento de la coherencia y coordinación entre la multiplicidad y variedad de actores que intervienen en la salud mundial.

Y por último, en el capítulo 3 se abordan los principales retos en materia de gestión a los que se enfrenta la Organización. Para esto se divide al capítulo en tres aspectos esenciales en la eficiencia institucional: el sistema de financiación y la importancia de las contribuciones de los donantes en el mismo, las políticas y prácticas en materia de recursos humanos, y la eficacia organizativa y administrativa, mostrando en cada parte los problemas existentes y la manera en la que éstos afectan al desempeño global de la OMS.

Es importante señalar que durante el desarrollo de la presente investigación se pudo evidenciar que la mayoría de fuentes disponibles referentes a la temática planteada corresponden a la Organización Mundial de la Salud, lo que dificultó en varias circunstancias el análisis, puesto que es la misma entidad la que realiza la mayor parte de sus evaluaciones y seguimiento a su gestión.

## **CAPÍTULO I PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA**

### **1.1. La salud en la promoción del desarrollo**

En el presente subcapítulo se destaca como la visión sobre el desarrollo a nivel mundial ha ido cambiando a medida que se ha ido reconociendo que los resultados sanitarios mejores y más justos constituyen un pilar fundamental en el camino hacia el desarrollo sostenible. Con este fin, se realiza un análisis de las inequidades existentes en materia de desarrollo mediante una descripción de los avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cómo incluso su concepción ha ido evolucionando, al enfrentarse los países ahora a desafíos que no son exclusivos del sector sanitario ni tampoco de los países menos desarrollados. De esta manera, se subraya la importancia del rol de la OMS en el apoyo a los países para adoptar medidas para hacer frente a dichos obstáculos al desarrollo.

#### **1.1.1. Avances dispares hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo de Milenio relacionados con la salud**

Ha transcurrido ya más de una década desde que los mandatarios de los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- y sus metas correspondientes. A partir de entonces, los esfuerzos tanto de los países como de la OMS se han centrado en avanzar hacia la reducción de la mortalidad infantil, la desnutrición, y la morbilidad y mortalidad a causa del VIH, la tuberculosis y la malaria, progresando sustancialmente en su consecución. A pesar de ello, los avances son dispares entre los países y dentro de ellos, lo que pone en evidencia la necesidad de intensificar los esfuerzos en esta materia a fin de superar los desafíos que se presentan por las múltiples crisis y las inequidades cada vez más marcadas en el cumplimiento de dicho objetivos (OMS, 2012).

Tres de los ocho ODM y ocho de sus 18 metas se encuentran relacionados directamente con la salud<sup>1</sup>. Aunque algunas regiones han

---

<sup>1</sup> Las metas específicas para salud son: para el Objetivo 1, Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre; para el Objetivo 4, Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años; para el Objetivo 5, Meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna, y Meta 5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva; para el Objetivo 6, Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida, Meta 6.B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesitan, y Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras

realizado progresos impresionantes en la consecución de los ODM relacionados con la salud, sus metas e indicadores, otras se están retardando. De manera general, los países que avanzan menos son los que están afectados por una gran carga de infección por el VIH/SIDA, dificultades económicas o conflictos bélicos (OMS, 2012).

Se estima que la malnutrición es la causa subyacente de un 35% de todas las muertes de niños menores de cinco años. A nivel mundial, existen datos que ponen en evidencia una mejora del estado nutricional de los niños. En el 2010, el porcentaje de niños con insuficiencia ponderal<sup>2</sup> se había reducido del 25% en 1990 al 16%. Si bien este ritmo de avance se encuentra próximo al necesario para la consecución de la meta correspondiente al ODM1, los progresos se distribuyen de manera desigual entre las regiones y dentro de ellas (OMS, 2012).

Este ritmo desigual se puede apreciar en los avances hacia la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años -ODM4-, cuya reducción a nivel mundial según estimaciones es de un 35% entre 1990 y 2010, es decir, de 88 a 57 muertes por cada mil nacidos vivos. No obstante, en los países especialmente de la región de África, es poco probable que alcancen para el 2015 la meta de reducir en dos tercios con respecto a los niveles de 1990 (OMS, 2012).

*“Son pocos los países en desarrollo que están en camino de lograr la meta de reducción de la mortalidad infantil, pese a que ésta se debe en gran medida a afecciones comunes para las que se dispone de conocimientos y de intervenciones eficaces”* (OMS, 2006:3). De hecho, si se realiza una proyección a escala mundial teniendo en consideración el ritmo actual, se puede concluir que únicamente 37 de los 143 países de ingresos medios o bajos habrán cumplido esa meta para el 2015 (OMS, 2012).

Es importante destacar que en la actualidad a pesar de los importantes avances tecnológicos en la esfera médica, aún un 20% de las muertes de niños menores de cinco años ocasionadas especialmente por neumonía y

---

enfermedades graves; para el Objetivo 7, Meta 7.C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento; y para el Objetivo 8, Meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.

<sup>2</sup>La expresión insuficiencia ponderal se refiere a la afectación del estado nutricional caracterizada por la presencia de bajo peso para la edad o desnutrición global.

enfermedades diarreicas, podían haber sido prevenidas mediante la vacunación. Por otro lado, el porcentaje de las muertes antes de los cinco años de edad que se producen en el primer mes de vida ha incrementado de un 37% en 1990 a un 40% en 2010; por lo tanto, una mejora en la atención del recién nacido resulta fundamental para poder continuar avanzando en la consecución de estos objetivos (OMS, 2012).

Si bien ha existido una notable reducción del número de muertes maternas de 543.000 producidas en 1990 hasta 287.000 en 2010, la tasa anual de reducción (3,1%) es apenas superior a la mitad de lo que sería necesario para cumplir la Meta 5A (5,5%). En este caso las regiones tienen también avances dispares, presentando las Américas y el Mediterráneo Oriental una tasa anual del 2,5% y 2,6%, respectivamente (OMS, 2012). *“Aproximadamente, la cuarta parte de los países que registraban las mayores tasas de mortalidad materna en 1990 (100 o más muertes por cada 100.000 nacidos vivos) han registrado escasos avances; a veces ninguno en absoluto”* (OMS, 2012:13).

Cada dos minutos, en algún lugar del mundo muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Aproximadamente una tercera parte de estas muertes maternas se concentra en dos países: la India, con el 20% del total mundial, es decir, 56.000 defunciones y Nigeria, con el 14%, 40.000 defunciones. Entre el 2000 y el 2010, poco más de la mitad de las embarazadas realizaron las cuatro visitas de atención prenatal, establecido como mínimo necesario por la OMS. Aunque a nivel mundial el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario calificado ha incrementado, en las regiones de África y el Asia Sudoriental menos del 50% de todos los partos recibieron este tipo de atención (OMS, 2012).

Aproximadamente la mitad de la población mundial está expuesta al paludismo, se estima que en el 2011 existieron alrededor de 216 millones de casos de esta enfermedad, que causaron la muerte de 655.000 personas, de las cuales, el 86% eran niños menores de cinco años. A pesar de que en varias regiones ha habido una reducción del 50%, tanto en casos confirmados o en ingresos hospitalarios y muertes debidos a esa enfermedad, en algunos países la tendencia a la baja es menor. Por otro lado, la incidencia de la malaria a nivel mundial se redujo entre el 2000 y el 2010 en aproximadamente un 17%. Sin

embargo, resulta vital mantener niveles altos de cobertura a fin de prevenir la reaparición de esta enfermedad (OMS, 2012).

En cuanto a la incidencia de la infección por el VIH a nivel mundial, ésta se ha reducido entre el 2001 y el 2010 en un 15%, sin embargo, tal y como se observa en las tendencias de otras metas previamente descritas, los índices son desiguales en las regiones. Para el caso del VIH, se puede evidenciar que en la región de África continúan viviendo aproximadamente el 70% de todas las personas infectadas a escala mundial. Aunque ha existido un incremento en el acceso a tratamientos antirretrovirales en los países de ingresos medios y bajos, se calcula que en el 2009 más de 9 millones de infectados continuaban sin recibir tratamiento en aquellos países (OMS, 2012).

En referencia a la meta del ODM 7 relativa al acceso de agua potable, aunque en términos generales se puede decir que ha sido cumplida dado que en el 2010 el 89% de la población mundial tuvo acceso a una fuente mejorada de abastecimiento de agua de bebida, frente al 76% en 1990, sin embargo, si se lo analiza por regiones, existe un progreso desigual especialmente en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental donde la cobertura continúa siendo baja (OMS, 2012).

En cuanto a los servicios básicos de saneamiento, si se continúa con el ritmo de avance actual es poco probable que se cumpla la meta correspondiente, ni a nivel mundial ni en las regiones, con excepción de la Región del Pacífico Occidental (OMS, 2012). *“En 2010, 2500 millones de personas, de las que el 72% vivía en zonas rurales, carecían de instalaciones de saneamiento mejoradas, y en las zonas urbanas la cifra va en aumento debido al rápido crecimiento de la población en ellas”* (OMS, 2012:16). Este hecho constituye un obstáculo a la consecución de las metas de otros ODM, por cuanto las poblaciones se tornan más vulnerables ante las enfermedades producidas por falta de un sistema de saneamiento adecuado (OMS, 2012).

Dentro de este contexto, es evidente que a tan solo 3 años del 2015 existe un gran camino por recorrer para el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud. Las grandes desigualdades entre y dentro de los países en la consecución de los ODM y sus metas son una clara muestra de ello. La OMS juega un papel sumamente importante tanto en el monitoreo del

logro de los ODM como en la evaluación y definición de los nuevos objetivos sanitarios para después del 2015, para lo cual debe contar con la capacidad tanto para hacer frente a las nuevas dificultades sanitarias como para finalizar el trabajo inconcluso, reduciendo las desigualdades en los avances logrados hasta hoy, y principalmente procurando guardar coherencia con las prioridades globales de la Organización (OMS, 2012).

### **1.1.2. El papel de la salud en el desarrollo sostenible**

*La salud ocupa un puesto destacado en los debates sobre las prioridades de desarrollo. Esto se refleja en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza y en los planes de desarrollo nacionales. Los países, cualquiera sea su grado de desarrollo, están comprendiendo que un aumento sostenido y equitativo de la inversión en salud es necesario para que lleguen a ser, o sigan siendo, naciones estables y prósperas (OMS, 2006:2).*

*“Los cambios sociales relevantes comienzan cuando se reconoce y comprende el impacto económico de una cuestión” (REVISTAS ICE, 2002:173).* Hasta hace poco en los países menos desarrollados se solía pensar que el desarrollo económico era un requisito previo para la mejora de las condiciones sanitarias de la población. Sin embargo, en la actualidad este pensamiento se ha ido modificando a medida que los dirigentes políticos nacionales e internacionales y los responsables de la toma de decisiones han ido tomando conciencia de la relación existente entre la salud y el desarrollo sostenible, reconociendo que la inversión en la salud de las personas puede resultar a largo plazo en beneficios sociales, económicos y medioambientales (REVISTAS ICE, 2002).

Desde hace ya 20 años, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, llevada a cabo en Río de Janeiro en 1992 y la Agenda 21: programa global de acción sobre desarrollo sostenible, se advirtió una nueva orientación para el tratamiento de cuestiones medioambientales y de desarrollo, estableciendo dentro de ella a la salud como un componente esencial del desarrollo sostenible al reconocer su relación directa. De hecho, en la Agenda 21 se estipula a la OMS como la Organización encargada de la coordinación de las actividades de las principales áreas del programa del Capítulo 6, en busca de la protección y mejoramiento de la salud de las personas (NACIONES UNIDAS, 2009).

Diez años más tarde se celebra en Johannesburgo la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible –CMDS- en la que los dirigentes políticos revisan la ejecución de la Agenda 21 y los progresos realizados en el ámbito del desarrollo sostenible y empiezan a reconocer que el desarrollo sostenible no puede ser alcanzado sin una inversión importante en la salud de las personas (REVISTAS ICE, 2002).

De esta manera, la interacción entre la salud y el desarrollo sostenible está adquiriendo cada vez más importancia dentro de la agenda sanitaria mundial, y la OMS se encuentra trabajando en muchas de las áreas de este campo (REVISTAS ICE, 2002). De hecho 20 años después, en el contexto de la reciente Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible –CNUDS-, que se celebró en Río de Janeiro del 13 al 22 de junio del presente año, la OMS ha reconocido la oportunidad que dicha Conferencia ha ofrecido para que el mundo retome el camino del desarrollo sostenible, en el cual los resultados de salud mejores y más equitativos juegan un papel trascendental. En esta oportunidad los dirigentes mundiales trataron los principales componentes del desarrollo sostenible en el contexto la salud debatiendo la manera en que la mejora de la salud humana contribuye a alcanzar el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, en especial mediante la cobertura sanitaria universal (OMS, 2012).

Este creciente reconocimiento de que las dimensiones social y sanitaria del desarrollo sostenible responde a la preponderancia de las amenazas para la salud que aquejan a las poblaciones en la actualidad y que sin duda han ido variando en los últimos años. Asimismo obedece al reconocimiento del impresionante coste económico que significan para las sociedades los problemas de salud. En este aspecto es importante destacar las transformaciones que han existido en el mundo desde 1992 cuando se abordó por primera vez a escala global este tema. La geografía física y humana del mundo se ha alterado considerablemente por el cambio climático. Existen importantes diferencias en el crecimiento de la población, la estructura por edades y las tendencias de la migración. Por otro lado, mientras ha incrementado el consumo de recursos, las modalidades de producción son menos sostenibles. Resulta importante destacar los grandes avances tecnológicos que han existido y que traen consigo actualmente oportunidades que no existían hace 20 años, y que resultan sumamente beneficiosas para la



salud pero que al mismo tiempo resultan inaccesibles para muchas personas en muchos países (OMS, 2012).

A medida que la visión sobre el desarrollo ha ido cambiando, los ODM también han ido evolucionando, toda vez que los desafíos actuales no son exclusivamente sanitarios, como el cambio climático o las consecuencias de las crisis tanto financiera como alimentaria ponen en evidencia que la idea de desarrollo como proceso concierne ya no solo a los países de ingresos medios o bajos sino que a todas las sociedades. En este sentido, y en referencia a las tendencias actuales de cumplimiento de los ODM examinadas en el punto 1.1., resulta evidente la necesidad de un replanteamiento de los Objetivos a fin de que se incluya esta concepción integradora tomando en consideración que actualmente a excepción del ODM 8, los demás incumben en especial a los países de ingresos bajos (OMS, 2012).

Si bien las sociedades en el mundo han evidenciado tendencias positivas respecto al progreso hacia el cumplimiento de los ODM, éstas se han visto acompañadas de disparidades y desigualdades cada vez mayores en varios aspectos como desigualdad entre los sexos, desigualdad social, deterioro progresivo del medio ambiente y repetidas crisis en las esferas económica, financiera, energética y alimentaria. En realidad, para el cumplimiento de los ODM, la estrategia global suele enfocarse en medir los índices y promedios nacionales de desarrollo. Sin embargo, los resultados arrojados ponen en evidencia la necesidad de ir más allá de estos promedios nacionales. De esta manera, resulta indispensable un nuevo enfoque de los ODM el cual contenga indicadores que permitan medir el avance general del mundo hacia un desarrollo sostenible de manera que tenga un alcance más amplio que parámetros estrictamente económicos como el PIB con la finalidad de construir vínculos más estrechos entre los tres pilares del desarrollo sostenible: económico, ambiental y social (OMS, 2012).

Como se ha detallado anteriormente, la primera acción para lograr mejoras en la salud de las poblaciones y desarrollo sostenible demanda una gran inversión en intervenciones sanitarias eficaces con resultados positivos. Para ello resulta indispensable el rol de la OMS en el apoyo al fortalecimiento de los sistemas sanitarios de los países, a fin de que tengan la capacidad de ofrecer servicios de salud esenciales para todos los miembros de la sociedad y

puedan hacer frente a las condiciones sanitarias que obstaculizan el desarrollo sostenible (REVISTAS ICE, 2002). *“La salud no solo contribuye al desarrollo sostenible, sino que también se beneficia de él”* (OMS, 2011:6).

### **1.1.3. Reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud**

*“En el tiempo que lleva leer este documento de trabajo, cientos de personas morirán innecesariamente a causa de las inequidades en salud”* (OMS, 2011:3). Las inequidades sanitarias son las diferencias injustas y evitables en resultados de salud entre distintos grupos de población de un mismo país o entre países. Éstas representan un problema para todos los países del mundo y son el reflejo de las desigualdades no solo en lo referente a la distribución de los ingresos y la riqueza sino que también en cuanto a oportunidades vinculadas a factores como género, origen étnico, clase social, nivel de educación, ocupación, discapacidad, ubicación geográfica, entre otros, los cuales determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para prevenir que un grupo de población adquiera una enfermedad o para tratarla. A estas condiciones sociales se las conoce como los determinantes sociales de la salud, que no son más que el reflejo del fracaso de las políticas públicas, que menoscaban el desarrollo y bienestar de las sociedades (OMS, 2012).

En los años 70, la cuestión de las desigualdades ya constituía el centro de las discusiones sobre la reducción de la pobreza. El pensamiento dominante en ese entonces de que el crecimiento había sido inequitativo e ineficaz desde el punto de vista del mejoramiento de la situación de los más pobres, se evidenció en el gran esfuerzo por reflexionar tanto en el intento de cuestionamiento y en el enriquecimiento del concepto de desarrollo, como también apartándolo del concepto de crecimiento. Sin embargo, en las décadas siguientes y como consecuencia de las transformaciones derivadas de los procesos de globalización y crecimiento económico, el tema de las inequidades no era el más presente en la formulación de las políticas globales, como por ejemplo en la formulación de los ODM al inicio del milenio. De hecho, los beneficios del crecimiento económico registrado durante los últimos 25 años se han distribuido de modo desigual (TUJAN, 2006).

*En 1980, los países más ricos que albergaban un 10% de la población del mundo tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres que*

*albergaban un 90% de la población del mundo. En 2005 lo multiplicaba por 122 (OMS, 2012:1).*

No obstante, la persistencia e incluso la agudización de la extrema pobreza y en especial de las desigualdades ya no solo en el ámbito de la riqueza y distribución de los recursos, sino que también en el campo de la salud pública, limitando la asequibilidad de los servicios de salud y la posibilidad de utilizarlos, ha planteado en los últimos años un reto cada vez más fuerte a los dirigentes sanitarios mundiales, quienes han ido reconociendo la necesidad de contar con un análisis más amplio y complejo de las relaciones entre el contexto sanitario y el social, es decir, la manera en que actúan la pobreza, el género entre otros, como factores determinantes de la salud, a fin de reformular las políticas públicas (OPS, 2011).

En respuesta a esta creciente preocupación por la persistencia y aumento de esas inequidades, la OMS estableció en el 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de que brindara asesoramiento en cuanto a la forma de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se destacó la atención sobre los determinantes sociales de la salud, los cuales según se había comprobado se ubican entre las causas más acentuadas de mala salud e inequidades en los países. La importancia del tema se ve reflejada en la reciente aprobación de la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud en el marco de la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud llevada a cabo del 19 al 21 de octubre de 2011, en la cual se expresa el compromiso de los dirigentes mundiales para actuar sobre los determinantes sociales de la salud a fin de lograr una equidad social y sanitaria, aplicando un enfoque intersectorial integral (OMS, 2011).

En los últimos años, muchos países han tenido avances importantes hacia la cobertura universal de la atención de salud, a media que ha existido un creciente reconocimiento de la necesidad de coordinar los esfuerzos de los distintos sectores para obtener mejoras en la salud. No obstante, desde el año 2008, en el que la Comisión promulgó algunas recomendaciones para actuar sobre los determinantes sociales de la salud a fin de reducir las inequidades sanitarias, una serie de crisis en el mundo han intensificado dichas inequidades; a esto se suma el hecho de que aún no se alcance una coherencia entre los sectores del comercio, la propiedad intelectual, la

agricultura y ganadería y el empleo, a pesar de ser reconocida y aceptada la relación de la salud y estos determinantes sociales (OMS, 2011).

La inequidad entre y dentro de los países continúa siendo el mayor reto para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Dentro de un mismo país puede haber diferencias enormes en la situación de salud, estrechamente relacionadas con el grado de desfavorecimiento social. En Bolivia por ejemplo, *“la tasa de mortalidad infantil de los bebés de madres que no han cursado estudios supera los 100 por 1000 nacidos vivos, mientras que la de los bebés de madres que han cursado por lo menos estudios secundarios es inferior a 40 por 1000 nacidos vivos”* (OMS, 2012:1).

Entre países, esta relación no es distinta, por ejemplo, en Suecia el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida durante el parto o poco después del mismo, es de 1 por cada 17 400, sin embargo, en Afganistán es de 1 por cada 8 (OMS, 2012). En cualquier caso, se advierte que persisten en los países brechas sociales significativas en materia de mortalidad en la niñez y que la mayor mortalidad es sistemáticamente un atributo de los grupos más desfavorecidos (OPS, 2010).

Hoy en día, cada vez más países desglosan los datos a fin de revelar las inequidades en salud, las cuales muchas veces se encuentran enmascaradas por los promedios nacionales (OMS, 2011). Los indicadores sanitarios son una herramienta poderosa para el conocimiento de los factores determinantes, sin embargo, hasta la fecha, dicho conocimiento muestra sobre todo las condiciones sociales y económicas de los países desarrollados pero no necesariamente la realidad de los países menos desarrollados. En respuesta a ello, la disponibilidad de datos para la acción integrada sobre los determinantes sociales, en muchos contextos, es deficiente. Existe una gran laguna de conocimiento de las condiciones más destacadas así como una falta de información sobre el acceso que tienen a los servicios diferentes subgrupos de población o sobre el financiamiento de esos servicios (OPS, 2011). *“Esas lagunas de conocimientos se han producido no solamente por falta de información específica, sino también porque no se ha utilizado debidamente parte de la que está disponible, tanto dentro como fuera del sector salud”* (OPS, 2011:4).

Este hecho responde a la limitada capacidad nacional para recopilar información, lo cual impide a los países la identificación de factores básicos de

suma importancia en las inequidades en salud, como por ejemplo los gastos directos en atención médica sufragados por las familias analizados según el nivel de ingresos, e información sobre qué grupos sociales se benefician más del gasto público en atención de salud.

En consecuencia, la labor futura de la OMS debe cada vez estar más enfocada en la creación de las capacidades que requieren los Estados Miembros para garantizar la disponibilidad de datos, contar con una investigación sólida y bien distribuida, dominar distintos tipos de metodología y sistemas e incentivar los lazos entre los órganos directivos y los investigadores, a fin de que los sistemas de recopilación de datos sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales estén alineados con los procesos de formulación de políticas de los países (OMS, 2011).

## **1.2. Los retos sanitarios mundiales en el siglo XXI**

Una vez que se ha analizado como la concepción del desarrollo se ha ido invirtiendo al reconocer la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud para alcanzar el desarrollo sostenible en los países, en el siguiente subcapítulo se describirán las principales amenazas sanitarias mundiales que obstaculizan el avance de los países hacia dicho desarrollo y la preponderancia del papel de la OMS en su ayuda a los Estados Miembros para sobrellevar esas dificultades.

### **1.2.1. Las enfermedades crónicas no transmisibles, la epidemia global del siglo XXI**

Uno de los retos cada vez más complejos que plantea la salud de las poblaciones en el siglo XXI es el de las afecciones crónicas. El rápido y devastador aumento de las enfermedades no transmisibles -ENT- supone un claro desafío al desarrollo sostenible y amenaza ahora con revertir los progresos conseguidos hasta el momento en la consecución de los ODM, sobrecargar los sistemas de salud y debilitar las economías de los países, pues son las responsables de gran parte de la carga de morbi-mortalidad mundial y de los recursos financieros que ello conlleva (OPS, 2011). Se calcula que en el 2008 de las 57 millones de defunciones en el mundo, 36 millones, es decir un 63% se debieron a las ENT (OMS, 2012).

Las ENT por lo general evolucionan lentamente, son de larga duración y como su nombre lo indica, no se transmiten de persona a persona. La principal causa de muerte por ENT son las enfermedades cardiovasculares -48%- (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), seguidas del cáncer -21%- y de las enfermedades respiratorias crónicas -12%- (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma), y por último la diabetes, a la que se le atribuye el 3,5% de las muertes causadas por ENT (OMS, 2012). Estas cuatro ENT, que son las más comunes, ya no son enfermedades únicamente de ricos, pues han alcanzado niveles alarmantes en los países en desarrollo, impactando aún más la pobreza y el desarrollo por lo que ya no pueden ser ignoradas (OMS, 2011). A escala mundial, se estima que alrededor del 80% (29 millones) de todas las muertes a causa de las ENT en el año 2008 se produjeron en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2012).

Las ENT constituyen la principal causa de mortalidad en todas las regiones excepto en África, sin embargo, de acuerdo a las proyecciones actuales en el 2020, los mayores incrementos de la mortalidad por ENT corresponderán a ese continente. A nivel mundial, la previsión es que en el 2030 la cifra anual de muertes a causa de las ENT alcance los 55 millones (OMS, 2012). Este incremento resulta sumamente preocupante, particularmente porque la mayoría de los países de bajos ingresos siguen sufriendo cargas importantes de enfermedades infecciosas, lo que crea una doble carga de enfermedad. Como resultado, los sistemas de salud en dichos países no pueden responder rápidamente a estas complejas necesidades, lo que eleva enormemente los riesgos vinculados a las ENT que incluyen la discapacidad a largo plazo y menores oportunidades de supervivencia, especialmente en los países y grupos poblacionales de bajos ingresos (OPS, 2011).

A escala global, los principales factores de riesgo de las ENT tanto comportamentales como fisiológicos son la tensión arterial alta a la que se atribuyen el 13% de las defunciones, el consumo de tabaco con un 9%, el aumento de la glucosa sanguínea 6%, el sedentarismo 6% y el sobrepeso o la obesidad 5%. Además, de manera general se estima que los factores de comportamiento como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas poco saludables y el uso nocivo del alcohol, son responsables de

aproximadamente el 80% de las coronariopatías y las enfermedades cerebrovasculares (OMS, 2009).

En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso. Asimismo, más de las dos terceras partes de las muertes ocurridas por cáncer se producen en estos países (OMS, 2012). La pobreza está íntimamente vinculada a las ENT, de hecho, las diferencias socioeconómicas determinan la exposición a riesgos, el acceso al tratamiento temprano, y la falta de recursos financieros, lo que pone a las poblaciones más pobres en una desventaja importante. Usualmente en los grupos poblacionales marginados, la enfermedad es detectada tardíamente, es decir, en el momento en el que los pacientes ya requieren de una atención aguda, lo cual por lo general es inaccesible ya sea por sistemas de salud débiles o por los elevados costos que pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y llevarlas a la pobreza (OPS, 2011).

*Las investigaciones muestran que las tasas de mortalidad a causa de ENT son 56% más altas para los hombres y 86% más altas para las mujeres en los países en desarrollo, en comparación con quienes luchan contra las mismas enfermedades en entornos de mayores ingresos (OPS, 2011:4).*

Si bien las enfermedades crónicas no son transmisibles, los factores de riesgo que las producen sí se transmiten, y de hecho, “se están propagando en proporciones epidémicas” (OPS, 2011:4). En los últimos años, se ha producido un gran avance en el conocimiento de las causas de las ENT, lo que a su vez ha incrementado el reconocimiento de la importancia de hacer énfasis en la reducción de los factores de riesgo y las inequidades sociales que los favorecen, al momento de tomar decisiones y elaborar políticas públicas (OMS, 2012).

Asimismo, se ha evidenciado la necesidad de aplicar un enfoque integral para la reducción del impacto de las ENT en los individuos y en la sociedad, pues pocas de las medidas de prevención son del dominio o responsabilidad exclusiva del sector de la salud. En este aspecto, si bien han existido algunos progresos positivos como por ejemplo las prohibiciones de la publicidad de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal en programas de televisión destinados a los niños en algunos países del mundo, conseguir la participación de todos los sectores en especial el de comercio y las industrias

es el obstáculo más grande que será necesario superar a fin de cambiar las tendencias mundiales a futuro (OMS, 2012).

Es importante mencionar que la creciente preocupación mundial frente a las ENT se ve reflejada en la declaración política adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el marco de la Reunión de Alto Nivel sobre la prevención y el control de las ENT, llevada a cabo en septiembre de 2011, la cual significa un gran paso en la lucha mundial contra estas enfermedades y ofrece una oportunidad histórica para establecer un nuevo programa mundial para afrontar las principales causas de morbilidad y mortalidad puesto que reconoce que las ENT representan uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI e insta a la inclusión de la prevención de estas enfermedades como elemento prioritario en los programas de desarrollo tanto nacionales como internacionales (OMS, 2011).

La declaración política además de reflejar un amplio acuerdo en las medidas necesarias para reducir la prevalencia de las enfermedades y sus factores de riesgo, reconoce claramente la función de apoyo de la OMS a los países a fin de conseguir este objetivo. Se destaca asimismo, el papel esencial de la Organización como organismo coordinador en el sector salud y su función de liderazgo en la coordinación de la acción global contra las ENT. En consecuencia, la OMS tiene la responsabilidad ahora de liderar la aplicación de esta Declaración Política y facilitar medidas multisectoriales a fin de prevenir y controlar las ENT (OMS, 2011).

#### **1.2.2. Financiamiento de los sistemas sanitarios: avances hacia la cobertura universal**

En la actualidad, el avance hacia la cobertura universal es una prioridad que se encuentra en el centro de los debates sobre la prestación de servicios sanitarios. Esta cuestión ha ido adquiriendo cada vez más importancia, a medida que se ha reconocido la importancia de los sistemas de financiación de la salud para ayudar a los países a garantizar sistemas de salud accesibles para todas las personas que los necesiten, tanto de prevención como promoción, tratamiento o rehabilitación, sin que esto suponga enfrentarse a la ruina económica de las personas que deban pagar por ellos (OMS, 2012). En reconocimiento de esta realidad, en el 2005 los Estados Miembros de la OMS



se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria (OMS, 2010).

Según estimaciones de la OMS, más de 1000 millones de personas en el mundo no pueden acceder a los servicios de salud en el momento y en el lugar que los requieren porque simplemente no existen o no tienen como pagarlos. En consecuencia, anualmente en el mundo unos 150 millones de personas sufren una grave catástrofe económica debido a que se enferman, utilizan los servicios de salud y deben pagarlos, ya sea con dinero de bolsillo o endeudándose enormemente, como resultado 100 millones de personas son llevadas a la pobreza (OMS, 2012).

*La diversidad y la calidad de los servicios viene determinada en gran medida por el dinero que dispone cada país para mejorar la salud de la población. En ello influyen la riqueza del país, la proporción del presupuesto nacional que se dedica a la salud y los fondos de los donantes externos (OMS, 2012:38).*

A escala mundial son extremas las diferencias referentes a las proporciones dinero que se gastan en salud. Según estimaciones de la OMS, considerando todas las fuentes, es decir, fondos públicos, privados y de asociados externos, en el 2009 el gasto por persona estaba comprendido entre \$11 en Eritrea y \$8682 en Luxemburgo. Por otro lado, el gasto promedio per cápita varía cuantiosamente, desde \$25 en los países de ingresos bajos hasta \$4692 en los de ingresos altos. De hecho, los países con mayores ingresos y con menos carga de morbilidad consumen más recursos sanitarios que los países de ingresos bajos y que tienen una mayor carga de morbilidad. “En el 2009, el gasto per cápita promedio (ponderado) también difería considerablemente entre las regiones de la OMS y entre los grupos de ingresos: estaba comprendido entre US\$ 48 en la Región de Asia Sudoriental y US\$ 3187 en la Región de las Américas” (OMS, 2012:38).

La necesidad de una cobertura sanitaria universal y de una estrategia para financiarla nunca antes había sido tan prioritaria, pues hoy en día el mundo se enfrenta a la recesión económica, la globalización de las enfermedades y el incremento de los costos de la atención sanitaria por el envejecimiento de la población, el aumento de las ENT y la disponibilidad de nuevos tratamientos pero más costosos (OMS, 2010).

A diferencia de las crisis económicas anteriores, actualmente hay recursos financieros disponibles, el problema se constituye en lo que refiere a

la asignación de dichos recursos. Como ha ocurrido en crisis anteriores, frente a la caída de sus ingresos corrientes y de flujos de capital, los gobiernos en varias ocasiones deciden hacer frente a la crisis disminuyendo los recursos destinados a la ejecución de proyectos de desarrollo humano. Por otro lado, y lo que agudiza el impacto de la crisis es los cambios que han existido en la arquitectura institucional dedicada a financiar proyectos de desarrollo humano dirigidos hacia el fortalecimiento de los servicios de salud de los países en desarrollo, lo que tiene como resultado la reducción de fondos de los cooperantes para el desarrollo, o la desviación de estos recursos hacia urgencias de la coyuntura señaladas por los gobiernos de cada país (OPS, 2010).

En consecuencia de ello, los proyectos de salud para el desarrollo se ven desatendidos lo que tiene efectos sumamente negativos sobre la prestación de servicios públicos. A esto se le debe añadir el hecho de que la caída del crecimiento económico entre otros resultados de la crisis, tiene consecuencias negativas en el ingreso de las personas, particularmente por el aumento del desempleo, lo que en muchos casos se deriva en una mayor demanda de servicios públicos de salud, mientras que los gobiernos pueden recortar la prestación de los mencionados servicios (OPS, 2010).

El gasto público en salud no necesariamente favorece a los sectores más pobres, excepto que se adopten medidas específicamente para ello. Es precisamente por esta razón por la que no es suficiente que en la crisis se mantenga el porcentaje de gasto público destinado a la salud, sino que se requiere también mantener o adoptar programas concretos que se encuentren orientados a prestar servicios a los más pobres. En este sentido, la labor de la OMS necesita estar enfocada al apoyo a los Estados Miembros para descentralizar estos programas desde las grandes concentraciones urbanas, hacia las provincias o los estados y hasta las municipalidades (OPS, 2010). *“La labor de la OMS en materia de sistemas de salud es importante para todos los países, pero el planteamiento adoptado variará según el país y la región”* (OMS, 2011:7).

Otro gran obstáculo para la consecución del objetivo de la cobertura sanitaria universal es el acceso a medicamentos. Si bien los avances científicos y tecnológicos han permitido la reducción de costos de algunos medicamentos, lo que ha tenido progresos increíbles en el tratamiento de

enfermedades como la malaria o incluso el VIH, estos hallazgos también han encarecido y profundizado la inequidad en el acceso a los medicamentos, marginando a las poblaciones más desfavorecidas. De allí radica la importancia de generar alianzas regionales o incluso globales de manera que se protejan estos avances y se encuentren al alcance de los grupos sociales más desfavorecidos (OPS, 2010). Es precisamente en este aspecto que la OMS tiene un papel fundamental tanto en el liderazgo que ejerza para lograr congruencia entre los sectores involucrados, especialmente el de comercio y la propiedad intelectual, así como para apoyar a los países en mejorar el acceso de sus poblaciones a productos médicos esenciales y de gran calidad.

Si bien es cierto que los obstáculos a los que se enfrentan los países para alcanzar una cobertura universal no son simples de superarlos, en los últimos 10 años algunos países de ingresos bajos y medios han demostrado que aproximarse más a la cobertura sanitaria universal no es un logro exclusivo de los países de mayores ingresos. De hecho, países como Brasil, Chile, China, México, Ruanda y Tailandia han progresado enormemente en este aspecto (MARTINEZ, 2011).

Todos los países pueden hacerlo, al menos avanzar en el uso eficiente y equitativo de los recursos con los que cuentan. *“Entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia”* (OMS, 2012:40). Ya que si los recursos no se utilizan de manera eficiente o equitativa, es probable que una mayor financiación no se derive en una mayor cobertura de los servicios o en mejores resultados sanitarios. Por esto si los países obtienen mejoras en este aspecto, incluso podría facilitar su capacidad para lograr más fondos de fuentes nacionales y externas, un aspecto clave para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud a lo largo del tiempo (OMS, 2012).

*Muchos gobiernos tienen planes ambiciosos para construir nuevas instalaciones de atención primaria y secundaria, aumentar los presupuestos de operaciones y proporcionar incentivos al personal para que trabaje en zonas subatendidas. Sin embargo, las tendencias de los gastos nacionales en salud no suelen corresponder a estos planes./.../ En los próximos años será imprescindible incrementar la financiación destinada a la salud, aumentar la previsibilidad de los ingresos procedentes de fuentes externas y adoptar medidas para determinar, con el correspondiente seguimiento, en qué medida los sistemas de financiación de la salud permiten lograr una cobertura universal (OMS, 2006:5).*

### **1.2.3. Urbanización rápida y no planificada: un reto sanitario mundial en el siglo XXI**

En el 2010, se calculó que por primera vez en la historia, la mayoría de la población mundial vivía en las ciudades, y esta proporción continúa aumentando. En 1990, menos de 4 de cada 10 personas vivían en las ciudades. Hoy en día una de cada dos personas vive en una ciudad, y las proyecciones actuales estiman que dentro de 35 años dos de cada tres personas vivirán en ciudades. El número de residentes urbanos está aumentando en cerca de 60 millones por año, lo cual es tres veces más de lo que ocurre en el caso de la población rural (OMS/ONU-HABITAT, 2010).

Las causas del aceleramiento de esta transición demográfica se asocian con la globalización de la economía y la consecuente expansión de la industria, la tecnología hacia todos los rincones del mundo (OMS/ONU-HABITAT, 2010). Por ejemplo, mientras que Londres se demoró alrededor de 130 años en crecer de uno a 8 millones de personas, Bangkok se tardó 45 años, y Seúl solamente 25 años (ONU-HABITAT, 2010). En los próximos 30 años el crecimiento de la población en las ciudades se dará especialmente en los países en desarrollo. Según estimaciones se prevé que en 17 años, ciudades como Tijuana, Lagos o Marrakech tengan un crecimiento anual de aproximadamente el 4%, lo que significaría una duplicación de su población, mientras que otras ciudades especialmente de China, como Xiamen y Shenzhen, crecerán a una tasa anual superior al 10%, duplicando su población cada 7 años (OMS/ONU-HABITAT, 2010).

Las ciudades, principalmente las de los países menos desarrollados, no cuentan con las capacidades suficientes para ofrecer equidad en las condiciones y oportunidades a sus poblaciones. En consecuencia, la mayor parte de la población urbana no tiene acceso a servicios básicos a causa de su situación económica, social o cultural, a su etnia, género o edad, mientras que solo una pequeña proporción de la población obtiene beneficios de la situación económica y progreso social asociada típicamente con la urbanización. En general, esto tiene como resultado una brecha entre los ricos y los pobres de estas ciudades que origina inestabilidad social, generando altos costos sociales y económicos, no únicamente para las poblaciones menos favorecidas sino para la sociedad en general (ONU-HABITAT, 2010).

En las ciudades existen varios factores determinantes que tienen influencia negativa en la salud de sus poblaciones, estos van desde las condiciones precarias de vivienda, la falta de acceso a sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento, el restringido acceso a los servicios de atención de salud, la propagación de enfermedades infecciosas, hasta la falta de seguridad y calidad alimentaria. Al mismo tiempo, las ENT se agravan en las ciudades por las modificaciones en la dieta y la actividad física y la exposición a contaminantes del aire como el humo del tabaco. Asimismo, la propagación de enfermedades pandémicas como el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo –SRAS- en el 2003, también afectan indirectamente a la salud, pues en estaciones de autobuses o trenes, así como en grandes aeropuertos y puertos marítimos internacionales es más fácil su transmisión. Por otro lado, los traumatismos tienen una gran incidencia en la salud de las zonas urbanas, puesto que no solo se dan los ocasionados por accidentes de tránsito sino también los producidos por la violencia, como consecuencia de la exclusión social, la pobreza y el desempleo (ONU-HABITAT, 2010).

Por lo general las poblaciones más pobres se asientan en zonas menos desarrolladas de la ciudad, por lo general, lugares marginados, donde no existe una infraestructura adecuada, ni acceso a los servicios sanitarios básicos como la asistencia calificada durante el parto, produciendo adversos resultados de salud como mayores riesgos de muertes en la primera infancia, entre otros problemas para la salud, que en otras zonas de las ciudades. Por ejemplo, en zonas de ciudades con gran número de viviendas en condiciones precarias, la prevalencia de enfermedades como la diarrea es dos veces mayor en comparación con toda la ciudad, y alrededor de tres veces mayor que en las zonas no marginales de la misma ciudad (ONU-HABITAT, 2010).

*Se calcula que uno de cada tres habitantes urbanos (es decir, unos 1000 millones de personas) viven en barrios de tugurios y asentamientos irregulares, lo cual destaca la necesidad urgente de tomar medidas para atender sus necesidades (ONU-HABITAT, 2010:14).*

La rápida y creciente urbanización mundial presenta un enorme reto para los dirigentes mundiales en el siglo XXI, pues tiene consecuencias de gran alcance ya que produce cambios importantes tanto en los modos como en el nivel de vida, comportamiento social y también sanitario (OMS, 2010). Si bien es cierto que las ciudades ofrecen oportunidades, empleos e incluso una amplia gama de servicios, también concentran ciertos riesgos y peligros para la

salud. De hecho, el rápido crecimiento demográfico en las zonas urbanas del mundo representa uno de los retos sanitarios mundiales más importantes en el siglo XXI, afectando las ciudades a la salud de más de la mitad de la población mundial (OMS/ONU-HABITAT, 2010).

Esta gran cantidad de problemas de salud en las zonas urbanas y sus factores determinantes requieren de políticas coordinadas y un enfoque intersectorial mediante el cual se abarque a todos los campos involucrados, como la educación, medio ambiente, y principalmente la planificación urbana (OMS, 2010). Se debe trabajar en mejorar el conocimiento sobre las inequidades en salud que existen dentro de las ciudades, puesto que al ser el crecimiento urbano tan rápido, los planificadores urbanísticos muchas veces no conocen ni la información más básica, y se suele totalizar la información sanitaria disponible, de manera que se ignoran varias de las realidades en las que viven los habitantes de los barrios marginales de las ciudades, e importantes problemas de salud a los que éstos se enfrentan (OMS/ONU-HABITAT, 2010).

Especialmente el reto consiste ahora en trabajar en la identificación de los habitantes de las ciudades que se ven afectados por determinados problemas de salud, y la causa de los mismos, de manera que los dirigentes políticos de los países cuenten con la información necesaria que les permita comprender las inequidades sanitarias urbanas y encontrar las mejores medidas para abordarlas. En este contexto, la OMS juega un papel muy importante en el apoyo a los Estados Miembros para hacer frente a este problema, especialmente en el asesoramiento técnico y el liderazgo para la colaboración entre países a fin de ofrecer un intercambio de experiencias que apoye los esfuerzos desplegados por los países tanto en la recopilación de la información como en las estrategias para enfrentar los problemas sanitarios en las zonas urbanas. *“Nos encontramos en un momento histórico muy importante en el que podemos lograr cambios reales”* (OMS, 2010:1).

### **1.3. Función de la OMS y sus prioridades globales**

Realizado el análisis de la importancia de la salud en el desarrollo y los retos a los que hoy en día tanto los países como la OMS se enfrentan para alcanzarlo, este subcapítulo ofrece una visión general de la historia de la OMS,

sus logros y las ventajas comparativas que ha ido adquiriendo a lo largo de su trayectoria. De esta manera, se detallan también los instrumentos de programación estratégica y los criterios utilizados para determinar las esferas prioritarias para la labor de la OMS en el apoyo a sus Estados Miembros a fin de dar respuesta a sus necesidades y hacer frente a los problemas sanitarios que menoscaban el desarrollo, para lo cual se determinan también las funciones que la Organización deberá cumplir para alcanzar dichos objetivos.

### **1.3.1. Breve historia de la OMS y sus ventajas comparativas**

En 1945 uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos, quienes se reunieron para crear la Organización de las Naciones Unidas fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. En este sentido, se realiza la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, donde se adopta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, suscrita el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (OMS, 2012).

La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que se conmemora a través del Día Mundial de la Salud (OMS). Consecuentemente, en junio de 1948, se celebra la primera Asamblea Mundial de la Salud, en la que se establece que las principales prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. A partir de entonces la Organización ha continuado trabajando en muchas de estas áreas, sin embargo ha tenido que ampliar su labor de manera que se abarquen desafíos sanitarios desconocidos en 1948, incluyendo enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA (OMS, 2006).

Hoy en día la OMS está conformada por 192 Estados Miembros y 2 Miembros Asociados, a los cuales rinde cuentas cada año (OMS, 2006). Desde su creación ha desarrollado una labor proactiva en favor de *“alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”* (OMS, 2009:2), finalidad establecida en el Artículo 1 de su Constitución. Las funciones definidas para alcanzar dicha finalidad se encuentran en el Artículo 2 de la Constitución, se trata de 22 funciones que incluyen los dos frentes en los cuales la OMS trabaja (OMS, 2009): prestando apoyo directo a los distintos Estados Miembros para afrontar

conjuntamente los desafíos sanitarios y realizando una extensa gama de tareas normativas y analíticas de las que se benefician todos los países y organizaciones asociadas, así como también determinados grupos de éstos (OMS, 2012).

La situación sanitaria mundial ha cambiado profundamente desde la constitución de la OMS hace más de 60 años, pues se han modificado tanto los retos sanitarios mundiales como las formas en que los gobiernos y las personas los visualizan y los afrontan. Asimismo, considerables avances científicos han permitido progresos importantes en la atención de salud, lo que ha desembocado en la protección de millones de vidas y que la esperanza de vida haya aumentado en 20 años a nivel mundial. Dentro de estos progresos la OMS ha tenido un papel fundamental, tanto en la coordinación como en la ejecución de programas e iniciativas mundiales obteniendo logros sumamente importantes en el campo de la salud pública (OMS, 2008).

Dentro de estos logros se pueden destacar el Programa Ampliado de Inmunización, el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, la Alianza Alto a la Tuberculosis, la erradicación de la viruela (1979), los esfuerzos por erradicar la poliomielitis, eliminar la lepra y controlar el SRAS, entre otros (OMS, 2006). *“Sin embargo, pese a que se han registrado avances en muchas esferas, también son muchos los problemas de salud pública, tanto antiguos como nuevos, que aún quedan por resolver”* (OMS, 2006:16). En este sentido, a lo largo de su historia, la OMS ha tenido que realizar modificaciones que le permitan adaptarse a la coyuntura sanitaria del momento para responder a las necesidades de los programas específicos de salud pública.

De esta manera y tomando en consideración tanto los logros como los retos y dificultades de la Organización se pueden destacar las ventajas comparativas que la OMS ha ido adquiriendo a lo largo de su labor, de las que los países han podido beneficiarse, obteniendo mejoras en la salud pública de sus poblaciones (OMS, 2006).

El hecho de que la OMS tenga una composición prácticamente universal, le brinda una ventaja fundamental puesto que es reconocida ampliamente en muchas esferas lo que le permite contar con fuerte poder de convocatoria, y mantener estrechas relaciones con los gobiernos,



proporcionándole la capacidad de estimular la acción colectiva mundial en el campo sanitario. Por otro lado, el rol de la Organización en la lucha contra las enfermedades a nivel mundial, mediante la promoción de estrategias mundiales de prevención, eliminación o erradicación, y en la detección de brotes epidémicos y su combate, es incomparable, con estupendos logros como los mencionados previamente (OMS, 2006).

Por otro lado, a nivel mundial la Organización cuenta con una extensa lista de aportaciones normativas de las que se sirven muchos países, como lo son las normas y seguridades de la OMS para medicamentos y equipos de diagnóstico. Esta ampliación de la labor normativa y regulatoria de la OMS se puede claramente apreciar en grandes logros en cuanto a consensos mundiales en instrumentos internacionales como la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), iniciativas, entre otras, que han tenido un éxito innegable puesto que han sido sumadas a las de nivel nacional, consiguiendo considerables avances en las normativas nacionales en estos ámbitos (OMS, 2006).

Asimismo, a lo largo de su trayectoria la OMS ha incentivado debates, análisis y recomendaciones en materia de salud, basados en pruebas científicas a través de su propia labor y la de múltiples redes y centros colaboradores oficiales y oficiosos a nivel mundial. De manera adicional, el hecho de encontrarse organizada por regiones y contar con representaciones en casi todos los países, amplía su capacidad de colaborar con sus Estados Miembros (OMS, 2006).

En este sentido y sin apartarse de su mandato constitucional, a fin de delimitar la labor de la Organización, el Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015), instrumento que guía el trabajo actual de la OMS, y que será analizado posteriormente, establece seis funciones básicas que se llevan a cabo en todos los niveles de la Organización y que varían de acuerdo a los programas. Éstas responden en gran parte a las estipuladas en el Décimo Programa General de Trabajo, sin embargo, se toma en cuenta también las deficiencias para poder responder de manera más oportuna a los desafíos sanitarios, tomados en consideración en los criterios para el establecimiento de las prioridades globales (OMS, 2006).

A continuación se detallan dichas funciones: ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo; definir normas y patrones y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico; prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera y; seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias (OMS, 2006).

Con esto, el Undécimo Programa General de Trabajo pretende trazar el camino de la labor que la OMS debe seguir para la consecución del programa de acción sanitaria mundial. En realidad, este Programa General de Trabajo hace énfasis en el hecho de que muchos determinantes de la salud van más allá de los límites de acción directa de la salud pública, lo que hace necesario que la OMS redoble sus esfuerzos en continuar aprovechando su experiencia en este ámbito y creando capacidad en la colaboración con otros sectores, de manera que se siga de cerca las tendencias mundiales que tienen un papel importante en la salud en campos como el comercio y la agricultura, para lo cual debe trabajar con los Ministerios de Salud de los países a fin de poder dar respuestas positivas (OMS, 2006).

### **1.3.2. Establecimiento de prioridades de la OMS- Programa de acción sanitaria mundial**

Una vez que se ha tomado en consideración el mandato constitucional de la Organización, se elabora un Programa General de Trabajo, a fin de guiar la labor de la misma durante un periodo específico. Tal y como lo estipula el literal g) del Artículo 28 de la Constitución, dentro de las funciones del Consejo Ejecutivo está la de *“someter a la Asamblea de la Salud, para su consideración y aprobación, un plan general de trabajo para un periodo determinado”* (OMS, 2009:9). Sin embargo como se puede evidenciar, no se determina ni la manera ni la duración que éste deberá tener. Es así, que a lo largo de la historia de la OMS, han existido programas generales de trabajo más cortos que otros, y mientras unos han sido elaborados para establecer un plan de acción sanitaria mundial

otros han marcado un esbozo general sobre la labor que la Secretaría debe realizar conjuntamente con los Estados Miembros (OMS, 2012).

En la actualidad, el Undécimo Programa General de Trabajo para el decenio de 2006 a 2015, el cual coincide con el plazo establecido para alcanzar los ODM, es el que guía la labor de la OMS. La finalidad de dicho Programa General de Trabajo difiere de la del programa anterior puesto que examina los desafíos actuales prioritarios, los retos que esto significa y las medidas que no únicamente la OMS, sino que todas las partes interesadas, deben tomar para hacer frente a dichos desafíos. De esta manera, en este instrumento se define un Programa de Acción Sanitaria Mundial en el que se reconoce a la salud como un recurso y una responsabilidad compartida. Para su elaboración se realizó un análisis de los posibles contextos que podrían plantearse a futuro, así mismo se detallaron las responsabilidades de la Organización como autoridad directiva y coordinadora en materia de salud mundial, estipulando las orientaciones generales para su labor durante dicho periodo (OMS, 2006).

Dentro de este contexto, la orientación estratégica que brinda el mencionado Programa de Acción Sanitaria Mundial se ve plasmada en siete esferas determinadas como prioritarias. Siendo las tres primeras más amplias e íntimamente ligadas con la salud: *“Invertir en salud para reducir la pobreza; crear seguridad sanitaria individual y mundial; y promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud”* (OMS, 2006:23). Mientras que las otras cuatro se basan en labores más concretas como: *“abordar los determinantes de la salud; reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo; aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas”* (OMS, 2006:23).

En el marco del establecimiento de prioridades más específicas para la labor de la Organización, y a fin de viabilizar la aplicación y cumplimiento del programa de acción sanitaria mundial, definido en el Undécimo Programa General de Trabajo, la OMS vio la necesidad de establecer objetivos estratégicos en un Plan Estratégico a Plazo Medio, para un periodo de 6 años 2008-2013, los cuales se convierten en resultados previstos en los presupuestos bienales por programas aprobados por los órganos deliberantes (OMS, 2006).

Para el establecimiento de este número limitado de objetivos, y como punto de partida del Plan Estratégico a Plazo Medio, se formularon prioridades basadas en su marco de gestión por resultados, las cuales se describen en el Undécimo Programa General de Trabajo como cinco campos de acción:

1. Prestación de apoyo a los países para avanzar hacia la cobertura universal con intervenciones de salud pública eficaces;
2. Fortalecimiento de la seguridad sanitaria mundial;
3. Generación y mantenimiento de medidas intersectoriales para modificar los determinantes conductuales, sociales, económicos y ambientales de la salud;
4. Aumento de la capacidad institucional para el desempeño de funciones de salud pública básicas mejorando la conducción de los ministerios de salud;
5. Fortalecimiento del liderazgo de la OMS en los planos mundial y regional, y apoyo en los países a la labor de los gobiernos (OMS, 2006).

A partir de estas cinco categorías, se establecieron 13 objetivos estratégicos en el Plan Estratégico a Plazo Medio, los cuales, tal y como se mencionó antes, han servido para organizar los presupuestos por programas en los tres bienios abarcados. En el Plan Estratégico a Plazo Medio, a diferencia del Undécimo Programa General de Trabajo, se detallan los resultados sanitarios concretos, así como también los indicadores y las metas de cada objetivo estratégico, a ser cumplidos por los Estados Miembros junto a la Secretaría en los 6 años del Plan. Sin embargo, en la práctica, existe poca claridad en la orientación estratégica respecto al establecimiento de una cadena de resultados en la que se pueda medir el impacto y los resultados de la Organización tanto en conjunto como los concretos para cada nivel. De hecho, en la actualidad, a pesar de que los objetivos estratégicos del presupuesto por programas son detallados según resultados conjuntos de la Secretaría y de los Estados Miembros, éstos todavía no han podido ser objeto de cuantificación y medición (OMS, 2012). En consecuencia, la Organización no puede tener una visión general de los productos obtenidos, ni un proceso de seguimiento adecuado de la consecución de los mismos, lo que a su vez dificulta la programación bianual pues no se pueden utilizar los resultados

alcanzados como referencia para la planificación y priorización a corto plazo en todos los niveles.

Asimismo, a pesar de que la formulación en cada objetivo estratégico se estipula una serie de resultados previstos a nivel de toda la Organización, ni el Plan Estratégico a Plazo Medio ni el Presupuesto por Programas, en la manera en la que están organizados, presentan una forma clara respecto a la prioridad relativa de cada objetivo estratégico, de hecho, no se detalla de manera explícita los criterios y métodos para determinarla. De esta manera a lo largo del periodo vigente del Plan Estratégico a Plazo Medio, el establecimiento tanto de los resultados previstos en toda la Organización así como el de prioridades entre los objetivos estratégicos ha sido basado en la orientación facilitada por los Estados Miembros, consultas con expertos, negociaciones con los coordinadores de los objetivos estratégicos en los diferentes niveles de la OMS, entre otros, basándose así en el trabajo existente mas no en formas de permitir una mejor la focalización estratégica (OMS, 2012).

Cabe destacar, que dada la corta duración de los presupuestos por programas (dos años), los ajustes de los criterios para establecer las prioridades técnicas dentro de los objetivos estratégicos, y su asignación presupuestaria resulta más sencilla, puesto que permite un análisis y una orientación para ajustar las categorías con las prioridades y los recursos disponibles. En este sentido, aunque de manera general, los presupuestos por programas han mantenido la misma coherencia estratégica, conservando en sustancia los 13 objetivos estratégicos, a lo largo de la ejecución del Plan Estratégico a Plazo Medio, se han realizado algunas modificaciones en los Presupuestos por Programas toda vez que han variado las situaciones coyunturales así como han aparecido nuevos retos de salud pública tales como el cambio climático, lo que se puede apreciar en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 (OMS, 2012).

*“En la práctica, no obstante, resulta difícil vincular el establecimiento de prioridades a nivel estratégico y los aspectos prácticos de la asignación de recursos”* (OMS, 2012:1). Esto responde a que si bien, como se manifestó en el párrafo anterior, el periodo de los presupuestos por programas facilita la programación ajustándose a las situaciones coyunturales, su corta duración al mismo tiempo menoscaba la sostenibilidad de los programas, pues muchas veces sucede que varios de

ellos, o los proyectos dentro de los mismos, no cuentan con el financiamiento necesario. Sin embargo, desde una perspectiva programática y tomando en consideración la falta de previsibilidad de los recursos financieros, el periodo de dos años resulta el más oportuno.

### **1.3.3. Las prioridades de la OMS desde los intereses de los Estados Miembros**

De manera general, tal y como se ha detallado con anterioridad las prioridades de la OMS van de lo global hacia lo más específico, tomando siempre en consideración el mandato constitucional de la Organización, y sus ventajas comparativas a la hora de establecer las funciones que deberá cumplir con la finalidad de alcanzarlas.

Ahora, en la práctica actual, son distintos criterios los que se utilizan para el establecimiento de estas prioridades en los distintos instrumentos de programación estratégica que guían la labor de la Organización, instrumentos que han sido ya analizados previamente. A grandes rasgos, la preparación y la manera en la que se aplicaría el Undécimo Programa General de Trabajo, se basó en los siguientes criterios: la situación sanitaria de ese momento, haciendo énfasis en los cambios demográficos y las tendencias de la carga mundial de morbilidad; los grandes problemas sanitarios, especialmente las deficiencias en la respuesta internacional; las inversiones de ese momento en materia de salud y los puntos fuertes y débiles de los sistemas de salud; los cambios que se estaban produciendo de manera veloz en relación a las alianzas sanitarias internacionales; y las declaraciones y acuerdos internacionales existentes al momento, principalmente los ODM (OMS, 2006).

En esencia los criterios con el pasar de los años no difieren, puesto que como se analizó al inicio de este capítulo, varios de estos puntos han sido tomados en consideración para hacer una evaluación general de las tendencias sanitarias mundiales en la actualidad. Sin embargo, al momento de elaborar objetivos y prioridades más específicas, los criterios deben también ser mayormente delimitados, para poder traducirlos en resultados sanitarios positivos. De esta manera, si bien el Plan Estratégico a Plazo Medio y los presupuestos por programas derivados de él se basan en general en las obligaciones que tiene la Organización a nivel mundial, las prioridades globales, regionales y las estrategias de cooperación en los países (que serán

analizadas en breve), este Plan Estratégico se basó también en criterios un poco más específicos, los cuales fueron aprobados por el 118º Consejo Ejecutivo de la OMS en el 2006, y se detallan a continuación (OMS, 2006):

- El programa de acción sanitaria mundial, articulado en el Programa General de Trabajo.
- Las necesidades de los Estados Miembros identificadas mediante las estrategias de cooperación en los países, las encuestas epidemiológicas y la carga de morbilidad.
- Los principales problemas sanitarios de importancia y relevancia mundial y regional, identificados en las deliberaciones, decisiones y resoluciones de la Asamblea de la Salud y los comités regionales.
- Equidad, eficiencia y desempeño, y apoyo a los países más necesitados, en particular los menos adelantados.
- Las ventajas comparativas de la OMS, tomando como base los objetivos y las funciones básicas de la Organización.
- Posibilidades de tener repercusiones cuantificables en el periodo de planificación estratégica a plazo medio (OMS, 2006).

Como se puede apreciar, existen criterios que siguen siendo el punto de partida del Programa General de Trabajo y las obligaciones mundiales de la OMS. Sin embargo el punto particular de estos criterios es que hacen mención a las necesidades de los Estados Miembros, un punto de suma importancia, el cual en los últimos años ha ido adquiriendo cada vez más espacio en los debates, exigiendo los Estados Miembros a la OMS para que sea tomado en consideración como punto principal en las programaciones estratégicas.

En consecuencia, en el último tiempo, el proceso de preparación de las estrategias de cooperación en los países se ha tornado más sólido e inclusivo, lo cual ha permitido que las estrategias elaboradas más recientemente, reflejen de manera más clara las demandas de los países (OMS, 2012).

Las Estrategias de Cooperación en los Países dan una visión a mediano plazo de la cooperación técnica con un determinado Estado Miembro con la finalidad de brindar apoyo en su política, estrategia o plan de salud nacional. Las prioridades de estas estrategias también son establecidas mediante el

empleo de criterios, los cuales en este caso abarcan las oportunidades de desarrollo de la capacidad nacional; el potencial de impacto a largo plazo en los objetivos y estrategias nacionales; las ventajas comparativas y funciones básicas de la OMS; la magnitud de los desafíos, vulnerabilidad de determinados grupos sociales, y lagunas; los compromisos internacionales del país; la capacidad nacional de respuesta a los desafíos sanitarios; y la capacidad nacional para prestar apoyo a otros países (OMS, 2012).

Esta medida de la demanda del país donde se ha elaborado una estrategia de este tipo, es una herramienta clave de la Organización en la orientación de su labor en los países. Además funciona también como instrumento primordial para la armonización de la cooperación de la OMS en los Estados Miembros con la de otros organismos del Sistema de Naciones Unidas y asociados para el desarrollo (OMS, 2012). La agenda de cooperación estratégica en los países permite adaptar la colaboración de la Organización en coherencia con sus ventajas comparativas y sus funciones básicas a las prioridades de salud y capacidades de los Estados Miembros. De esta manera, estas estrategias son preparadas a través de un proceso de consultas y diálogo con los principales actores interesados en los países. Actualmente existen 144 estrategias todas ellas elaboradas en países, zonas o territorios donde la Organización tiene presencia física (OMS, 2012).

Sin embargo, a pesar de ser una herramienta sumamente valiosa puesto que presenta una claridad y focalización importante, en la actualidad, la estructura de los instrumentos de programación estratégica no permiten una armonización apropiada con las prioridades establecidas en las estrategias de cooperación en los países. Si bien, las prioridades establecidas en los planes actuales de trabajo pueden tener alguna relación directa con las estrategias de cooperación en los países, en la práctica no tienen la debida importancia y muchas veces no se concretan. De hecho, las prioridades determinadas en las estrategias no tienen un vínculo consecuente con las categorías en las que está organizado el presupuesto por programas, en consecuencia, existe una brecha entre las necesidades establecidas en las estrategias de cooperación en los países y los presupuestos por programas aprobados (OMS, 2012).

Las estrategias de cooperación en los países y sus consecuentes necesidades de colaboración identificadas en ellas representan sin duda una



poderosa herramienta a la hora de establecer un marco mundial para un plan de trabajo de la organización con resultados sanitarios positivos, abordando los factores determinantes de la salud. De hecho, si se analizan en conjunto las agendas estratégicas de los países y las correspondientes necesidades de cooperación de los países, éstas podrían agrupar en ámbitos comunes, pese a la enorme diversidad que representan los 194 Estados Miembros, cada uno con un perfil sanitario propio. Aspectos comunes, como la solidez de los sistemas de salud, trabajo en información sanitaria y sistemas de información, promoción en la reducción de riesgos, la prevención, vigilancia y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros, juegan un papel preponderante a la hora de determinar las prioridades en las necesidades de cooperación de los países, las cuales junto a los esfuerzos conjuntos de los Estados Miembros y la ventaja comparativa de la OMS pueden ser abordadas de una manera oportuna (OMS, 2012). Sin embargo, en la actualidad, existen muchos campos en los que no se concretan las mejoras y se desaprovechan las oportunidades, por lo que la inestabilidad y la exclusión de los beneficios del progreso continúan, mientras que una coordinación conjunta entre los actores involucrados, liderada por la OMS, ofrece una oportunidad de conseguir un compromiso común para alcanzar (OMS, 2006) *“el grado más alto posible de salud para todos”* (OMS, 2006:3).

En el desarrollo de este capítulo se ha podido observar como la concepción del desarrollo ha ido evolucionando a medida que en los últimos años las amenazas sanitarias han ido adquiriendo mayor importancia a nivel mundial y se ha ido reconociendo el excesivo costo que los problemas de salud significan para los países.

De esta manera, y tal y como la teoría institucionalista estipula, los países han identificado cada vez más campos sanitarios en los que el trabajo conjunto y la mancomunación de esfuerzos y recursos, a pesar de contar cada uno con un perfil sanitario único, ha permitido establecer una agenda sanitaria integrada para responder a problemas de salud comunes. Es así que como se pudo observar en este capítulo, y como los institucionalistas neoliberales establecen, se han determinado ámbitos comunes de cooperación en los que la OMS, como institución sanitaria mundial, ha funcionado a la vez como mediador y como medio para conseguir la cooperación entre todos los actores del sistema.

De hecho la perspectiva institucionalista neoliberal es justamente más relevante en áreas temáticas donde los Estados tienen intereses mutuos, en las que se espera que los gobiernos traten de que surja la cooperación y de construir instituciones que la faciliten. Por ejemplo, muchos líderes mundiales han reconocido que todos se beneficiarían de políticas para el control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como la importancia de abordar los Determinantes Sociales de la Salud para la reducción de las inequidades sanitarias, es así que se han realizado Cumbres Mundiales en las que se ha adoptado políticas en esta materia. Incluso han existido casos en los que se ha logrado mayor avance en el consenso mundial, lo que se puede apreciar en la adopción de normativas mundiales como el Reglamento Sanitario Internacional y el Convenio Marco para el Control del Tabaco, como se mencionó en el desarrollo de este capítulo, normativas que reflejan el alto interés de los Estados Miembros en establecer instrumentos de cooperación para obtener mejoras en la salud pública, no solo de sus pueblos sino de todos los ciudadanos del mundo.

Ahora, a lo largo de este primer capítulo también se puede evidenciar la necesidad de continuar trabajando en áreas de mutuo interés entre los Estados Miembros, en las que se pueden beneficiar de la existencia de una institución global en materia de salud a través del fortalecimiento de la labor de la misma, adaptándola a la nueva situación sanitaria para conseguir mayor coherencia y cooperación de todos los actores para hacer frente a los problemas descritos. En especial, la atención a las necesidades comunes de los países identificadas a través de las estrategias de cooperación, para lo cual el apoyo de la OMS resulta clave.

En este sentido, la labor de la Organización ha evolucionado, ampliando el alcance de sus funciones, capacidades y en general sus actividades, contrayendo cada vez más compromisos, lo que sin duda exige que se realicen modificaciones no solo en la manera de focalizar estratégicamente a la OMS sino también en la manera que ésta es gobernada tanto interna como externamente, a fin poder continuar cumpliendo con su mandato constitucional y la finalidad para la cual fue creada, por esto, en el siguiente capítulo se analizará la gobernanza interna y externa de la OMS.

## **CAPÍTULO II GOBERNANZA**

### **2.1. Gobernanza interna de la OMS: la labor de los órganos deliberantes**

Una vez determinada la manera de operar de la Organización respecto a su programación estratégica en la que se definen las prioridades de la OMS y se intenta dar un enfoque a las funciones que debe cumplir de manera que éstas sean abordadas y los países puedan superar las amenazas sanitarias mundiales actuales que limitan su desarrollo; resulta necesario no sólo determinar los órganos encargados de definir dichas prioridades y el proceso de toma de decisiones sino que también, en general, la forma en la que ésta se encuentra gobernada internamente. Dentro de este contexto, en el siguiente subcapítulo se realizará un análisis de la forma como son efectuadas las funciones ejecutivas, de asesoría y de supervisión programática y financiera de los órganos deliberantes de la OMS y las necesidades de fortalecimiento de sus métodos de trabajo para una gobernanza más eficiente a través del consenso intergubernamental característico de los mismos.

#### **2.1.1. Asamblea Mundial de la Salud**

El órgano decisorio supremo de la OMS es la Asamblea Mundial de la Salud, la cual se encuentra conformada por delegados representantes de los Estados Miembros y se reúne cada año en sesión ordinaria en mayo durante 6 a 8 días en Ginebra, Suiza. Las funciones principales de la misma son las de determinar las políticas de la Organización, y tiene la capacidad de adoptar nuevos convenios, reglamentos y recomendaciones internacionales, y asimismo de nombrar al Director General de la Organización (OMS, 2012). Actualmente la Directora General de la OMS es la Dra. Margaret Chan, quien fue nombrada por la Asamblea de la Salud en mayo de 2012 para un segundo mandato de cinco años (OMS, 2012).

La Asamblea además se encarga de supervisar las normas financieras y examinar y aprobar el presupuesto por programas y las contribuciones de cada Estado Miembro. Paralelamente, es la encargada de evaluar los informes del Consejo Ejecutivo, al cual le da instrucciones y direcciones respecto a asuntos que pueden necesitar la adopción de medidas, de un estudio, de una investigación o de un informe (OMS, 2012). Todas las demás funciones se

encuentran estipuladas en el Artículo 18, Capítulo V de la Constitución de la OMS (OMS, 2009).

La Asamblea Mundial de la Salud trabaja a través de dos comisiones principales: la Comisión A, la cual se encarga primordialmente de los asuntos referidos a los programas y el presupuesto correspondiente y la Comisión B, la cual es la responsable de los asuntos administrativos, financieros y jurídicos. A pesar de estar dividida por temas, la Asamblea no cuenta con un programa de trabajo específico que guíe su labor (OMS, 2012). En consecuencia, su trabajo muchas veces carece de focalización estratégica con resultados concretos para los temas prioritarios. Esto también limita la capacidad de la Asamblea para dar continuidad y seguimiento a las deliberaciones de los Estados Miembros.

Asimismo, el orden del día para las reuniones de la Asamblea se va constituyendo mediante las recomendaciones del Consejo Ejecutivo, los puntos propuestos por los Estados Miembros, los requisitos de presentación de informes establecidos en las resoluciones adoptadas, las cuestiones estatutarias, y los puntos sugeridos por la Secretaría de la OMS. Formalmente no existe un mecanismo para la composición de los órdenes del día de las Asambleas que se alinee con las prioridades sanitarias mundiales, únicamente en el actual Programa General de Trabajo se establece la necesidad de reflejar en el orden del día de las futuras Asambleas, el programa de acción sanitaria mundial incluido en el mismo, y se proponen algunos temas para el periodo de dicho Programa, es decir, entre 2006 y 2015 (OMS, 2006). Sin embargo, no existe un método específico y disciplinado con criterios establecidos que contengan un enfoque estratégico que determine los puntos prioritarios a ser abordados en los órdenes del día. Un enfoque estratégico permitiría jerarquizar los temas según su importancia, evitando que los principales objetivos de la Asamblea se dispersen, como ocurre en la actualidad.

En general, el orden del día de las Asambleas tiene una gran cantidad de puntos, particularmente si se considera que esto produce que las reuniones sean muy extensas y que incluso existan puntos a los que no se les preste la debida atención, por falta de tiempo o por un sobrecargamiento de temas, lo cual los mismos representantes de los Estados Miembros han criticado. De hecho, en los últimos 12 años, el número de puntos del orden del día se ha incrementado de 39 a 67, respondiendo a que se adoptan muchas

resoluciones, algunas incluso en ámbitos que, sin dejar de lado su importancia, no están incluidos dentro de las grandes prioridades sanitarias mundiales. La elaboración de dichas resoluciones y toda la preparación que esto conlleva durante una reunión consume gran parte del tiempo, dado que por lo general se deben establecer grupos de redacción, se llevan a cabo largos debates hasta llegar a un consenso, y una vez que son adoptadas, éstas incluyen requisitos como presentación de informes (que puede ser anuales, por lo que si se suman los informes de todas las resoluciones se elevan los puntos del orden del día en cada reunión), y de las consecuencias financieras que tendrán sobre los presupuestos por programas (OMS, 2011).

Cabe recalcar que la Mesa de la Asamblea no tiene una función rectora como en el caso del Consejo Ejecutivo, que le permitiría dar un poco más de disciplina al trabajo a través de la determinación de la utilidad y el costo de las nuevas resoluciones así como guiando la labor de la Asamblea en torno a las prioridades. De hecho, para ninguno de los casos existe un marco estándar para la preparación de las resoluciones, por lo que se elaboran y adoptan un número elevado de resoluciones aunque el alcance sea mínimo (OMS, 2011).

Hay que destacar el hecho de que en la Asamblea de la Salud participan también otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas así como otras organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales con las cuales la Organización mantiene relaciones oficiales. En el último tiempo la tendencia a entablar negociaciones y procesos de carácter intergubernamental ha ido incrementando (OMS, 2011). Muchos de estos procesos han tenido un papel sumamente importante en lograr un consenso respecto a temas sanitarios mundiales y en la adopción de instrumentos clave de política sanitaria internacional, sin embargo también ha generado desafíos importantes a la Organización lo que será analizado posteriormente.

Para ello, y en respuesta a deliberaciones de las Asambleas se han establecido cada vez más grupos de trabajo intergubernamentales de composición abierta para determinados temas no siempre alineados con las prioridades establecidas previamente o que requieran específicamente de una negociación intergubernamental pormenorizada e individualizada. Lo cual a pesar de su relevancia, se traduce tanto en una gran carga de trabajo para los

Estados Miembros y para la Secretaría, así como en considerables costos (OMS, 2011). *“El costo promedio de cada reunión de cinco días de un grupo de estos es de US\$ 750.000”* (OMS, 2011:16), lo que representa aproximadamente un 2% del presupuesto bianual de la OMS, costo sumamente elevado si se tiene en consideración la cantidad cada vez mayor de este tipo de reuniones.

### **2.1.2. Consejo Ejecutivo de la OMS**

El órgano ejecutivo de la Asamblea Mundial de la Salud es el Consejo Ejecutivo de la OMS el cual tiene la responsabilidad de dar efecto a sus decisiones y a sus políticas, así como de orientar el trabajo de la Secretaría y de supervisar la labor general de la Organización. Asimismo, una de sus principales funciones es la de asesorar y dar apoyo al trabajo de la Asamblea, mediante la preparación del programa de sus sesiones y la presentación del programa general de trabajo para el periodo determinado necesario, a fin de que ésta la considere y la apruebe. Cuenta también con la facultad constitucional de tomar medidas de emergencia en casos que requieran de acción inmediata. Todas las funciones designadas al Consejo Ejecutivo de la OMS se encuentran descritas en el Artículo 28, Capítulo VI de la Constitución de la OMS (OMS, 2009).

El Consejo Ejecutivo está compuesto por 34 técnicos capacitados en el campo de la salud, designados por el mismo número de Estados Miembros. La Asamblea de la Salud, tomando en consideración una distribución geográfica equitativa, elige a los Estados Miembros con el derecho de realizar esta designación. Los Estados Miembros son elegidos para integrar el Consejo Ejecutivo por un periodo de tres años (OMS, 2009).

El Consejo se reúne en sesiones por lo menos dos veces al año, y en cada una de ellas se fija la fecha y el lugar de la próxima tal y como lo estipula el Artículo 5 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo (OMS, 2009). En la práctica, la reunión principal tiene lugar en enero, en la cual se prepara el orden del día provisional para la Asamblea Mundial de la Salud, y se recomienda también la adopción de proyectos de resolución previamente debatidos y aprobados en esta reunión. Posteriormente, se lleva a cabo una segunda reunión más corta, la cual se celebra en mayo inmediatamente después de la Asamblea de la Salud en la que se elige a la Mesa del Consejo para un año,

analiza el resultado de la Asamblea y se encarga especialmente de asuntos administrativos (OMS, 2012).

El Consejo Ejecutivo de la OMS, al igual que la Asamblea de la Salud sesiona con un orden del día, el cual de la misma manera que ha sucedido con el órgano decisorio supremo de la OMS, no cuenta con un mecanismo formal que delimite el establecimiento ni del número de puntos ni de los temas incluidos. Es decir, tampoco cuenta con un plan de trabajo que guíe la función estratégica de este órgano deliberante, lo que restringe su capacidad de actuar como controlador en la focalización indispensable para una labor más eficiente. En este sentido, en los últimos diez años el número de puntos ha variado entre 31 y 55 en el Consejo de enero, y entre 3 y 19 en el de mayo, sin existir una guía específica que detalle las prioridades que necesitan ser abordadas ni los cronogramas correspondientes (OMS, 2011).

A pesar de que el programa de acción sanitaria mundial debería ser también incluido de cierta manera en el orden del día del Consejo tal y como se establece para la Asamblea de la Salud, éste al no ser lo suficientemente restrictivo en especial, por su extenso periodo, pierde su capacidad de orientación, sucediendo lo mismo con el Plan Estratégico a Plazo Medio que tampoco cuenta con un método formal de inclusión de sus prioridades en los órdenes del día ni de la Asamblea ni del Consejo (OMS, 2011).

De manera adicional, la composición del orden del día también se ve influenciada por las resoluciones adoptadas así como por los proyectos de resoluciones para ser aprobados y presentados en la próxima Asamblea Mundial de la Salud, y al no existir tampoco para este caso un mecanismo que cuente con un límite para el número de resoluciones proveyendo así, una focalización estratégica específica, éstas son cada vez más en número y en temas (OMS, 2011).

Por lo expuesto anteriormente, y teniendo en consideración la carga de tiempo y de esfuerzos que supone tanto a la Secretaría como al Consejo Ejecutivo la preparación del orden del día y el trabajo de la próxima Asamblea de la Salud, específicamente la sobrecarga de debates, discusiones y negociaciones de proyectos de resoluciones y el examen de todos los informes referentes a los progresos realizados (los cuales son remitidos sin excepción a

la Asamblea de la Salud para ser analizados nuevamente); la capacidad actual del Consejo para ejercer sus funciones tanto ejecutivas como supervisoras se ve sumamente limitada. De hecho, la supervisión de la gestión administrativa y financiera de la OMS no es eficaz, puesto que no existe una involucración suficiente por parte de los órganos deliberantes en la evaluación de la labor general de la Organización.

Hasta la fecha se ha insistido en reiteradas ocasiones por parte de los Estados Miembros así como de la Secretaría de la OMS, en la necesidad de restringir el número de puntos a ser tratados en el Consejo, a fin de subsanar el problema de no dedicar el tiempo necesario a los temas administrativos y financieros, precisamente en los que la participación de los Estados Miembros tiene vital importancia, sin embargo, no se han adoptado disposiciones formales que regulen esto. De la misma manera, se ha reiterado en la necesidad de que los Estados Miembros participen más activamente en estos temas de las reuniones del Consejo, haciendo énfasis en que éstos deberían tener un profundo conocimiento de los informes presentados por la Secretaría, no obstante, los representantes de los países han manifestado que la longitud y la presentación tardía de dichos informes, muchas veces limita su capacidad para dedicar el tiempo suficiente a los mismos.

De hecho, con la finalidad de fortalecer sus funciones de supervisión y asesoría el Consejo Ejecutivo cuenta con dos órganos subsidiarios. El Comité de Programa, Presupuesto y Administración, establecido en el 2005 mediante la fusión de dos comités que existían entonces. Sus principales funciones son las de formular recomendaciones al Consejo referentes al programa general de trabajo, los presupuestos por programas, los informes sobre el desempeño y las evaluaciones, los informes financieros, los planes de auditoría y las respuestas de la Secretaría. El detalle se encuentra establecido en el mandato otorgado por el Consejo Ejecutivo de la OMS. Sin embargo, este no presenta de manera clara y específica los alcances del Comité en las distintas aéreas que ejerce sus funciones (OMS, 2005)

Este Comité, al igual que el Consejo Ejecutivo se reúne dos veces al año, inmediatamente antes del Consejo de enero y antes de la Asamblea de la Salud en mayo. Sin embargo, es precisamente el calendario de estas reuniones las cuales limitan una labor eficiente del Comité. En enero, entre



principios y mediados, cuando se lleva a cabo el Comité, el periodo de tiempo desde el inicio del año es muy corto para la preparación de informes por lo que aún no se cuenta con toda la información sobre el año precedente, de manera tal que los informes financieros, de desempeño y en general todas las evaluaciones no pueden ser lo suficientemente completas. Por otro lado, también las reuniones del Comité al ser tan seguidas con las de los Consejos no cuentan con el tiempo suficiente para realizar una revisión detallada de los informes presentados, en consecuencia el Consejo no puede realizar un profundo análisis y evaluación de los mismos. Esta secuenciación de las reuniones afecta directamente en el desempeño del Consejo en sus funciones de evaluación, supervisión y asesoría (OMS, 2012).

Adicionalmente, el Comité de Programa, Presupuesto y Administración cuenta con un órgano asesor independiente que apoya al Consejo Ejecutivo por conducto de este Comité en su función y responsabilidad supervisora. Se trata del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión, el cual fue creado para dicho fin (OMS, 2012). De esta manera, se puede apreciar que existen las estructuras necesarias para cumplir con el mandato otorgado al Consejo, sin embargo muchas veces como se mencionó anteriormente ni la duración, orden o calendario favorecen a dicho desempeño.

Es importante también destacar que las funciones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración se centran en aspectos administrativos y gestión por lo que no abarcan las de planificación, vigilancia y evaluación de la ejecución programática en los tres niveles de la Organización, de hecho, no existe un mecanismo concreto para la evaluación independiente del trabajo de la OMS, función que debería desempeñar el mismo Comité de Programa, Presupuesto y Administración o a su vez el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión, asegurando su neutralidad e independencia (OMS, 2011). En este sentido y como se lo mencionó anteriormente, a falta de un plan de trabajo de los órganos deliberantes, también la función de asesoría del Consejo se ve limitada puesto que al no encargarse este Comité de manera más detallada de los asuntos programáticos, muchas veces no permite al Consejo disponer de un trabajo preliminar que oriente y delimite su labor estratégica para asesorar posteriormente a la Asamblea de la Salud.

Por otro lado, el Consejo Ejecutivo cuenta también con el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, el cual se encuentra compuesto por cinco miembros del Consejo Ejecutivo. Por lo general se reúne en el Consejo Ejecutivo de enero. Su función principal es la de analizar si las solicitudes de las organizaciones no gubernamentales que desean establecer relaciones oficiales con la Organización cumple con los requisitos y criterios previos. De manera adicional, este Comité examina anualmente el estado de la colaboración con un tercio de las ONG admitidas y formula recomendaciones sobre la conveniencia de suspender las relaciones (OMS, 2011).

Sin embargo, y como se analizará más a fondo en el subtema 2.2., en los últimos años las alianzas sanitarias mundiales han incrementado en gran magnitud. Éstas tienen un rol clave en el gobernanza de la OMS y su rol rector en la salud mundial, pero éstas no solo se dan con organizaciones no gubernamentales, sino que también con otras partes interesadas como son la sociedad civil, entidades privadas, y con una cantidad de organizaciones mundiales y regionales relacionadas con la salud, tanto del sistema de las Naciones Unidas como fuera de él. Por lo que el alcance del mandato del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales resulta limitado para cumplir este rol tan importante en el liderazgo de la OMS, no únicamente en cuanto a principios rectores de las relaciones como ONG sino que también en lo referente a la implicación de la Organización en las alianzas.

### **2.1.3. Convergencia entre los órganos deliberantes regionales y mundiales**

Como se ha podido analizar en los puntos anteriores el alineamiento de los distintos órganos de la gobernanza mundial se enfrenta a algunas dificultades; lo mismo sucede en la relación entre los órganos mundiales y los regionales.

Existe un Comité Regional por cada una de las 6 Regiones de la OMS. Éstos se reúnen anualmente entre finales de agosto y mediados de octubre. En el Artículo 50 de la Constitución de la OMS se establecen las funciones de estos Comités. Sus funciones principales consisten en *“formular la política que ha de regir los asuntos de índole exclusivamente regional”* y *“asesorar a la Organización, por conducto del Director General, en asuntos de salubridad internacional cuya importancia trascienda la esfera regional”* (OMS, 2009:13). De esta manera, quedan claros los dos

frentes que deben abordar las regiones, tanto regir como vigilar la labor de la Organización en la región, como dar a conocer la demanda y las prioridades de cada una de ellas asesorando a nivel central en cuestiones sanitarias mundiales con impacto regional, constituyéndose así en un actor fundamental en la gobernanza sanitaria mundial (OMS, 2009).

Sin embargo, aunque en teoría debería funcionar de esta manera en la práctica la alineación y coherencia no siempre es la más óptima puesto que los órganos deliberantes mundiales no se encuentran siempre en coherencia con los regionales.

En realidad, para este caso tampoco existe un mecanismo formal a través del cual por ejemplo, en el orden del día del Consejo Ejecutivo se incluyan puntos tratados en los debates regionales, así como tampoco se sigue una metodología específica para incluir en los órdenes del día regionales puntos de interés mundial a tratarse o tratados en los Consejos Ejecutivos y que necesiten criterios y posturas regionales. En la actualidad, esto no se da ni en la práctica ni se encuentra estipulado en reglamentos internos de cada órgano deliberante ni regional ni mundial (OMS, 2012).

Ciertamente para conseguir una armonización de las decisiones estratégicas entre los órganos deliberantes regionales y mundiales, se toman en consideración para los debates de los Comités Regionales los resultados de la Asamblea de la Salud y de las reuniones del Consejo, por lo que también de cierta manera éstos se ven influidos por los instrumentos de programación estratégica en curso, pero a la inversa este proceso se ve sumamente debilitado (OMS, 2012).

De esta manera, el problema planteado anteriormente respecto a la restricción en el número de resoluciones presentadas finalmente a la Asamblea de la Salud se ve también agravado, limitando así el rol ejecutivo y supervisor del Consejo, toda vez que los Comités Regionales no debaten ni mucho menos priorizan los proyectos de resolución a ser tratados allí, por lo que resulta difícil que se vean reflejados en el orden del día de la Asamblea Mundial de la Salud. Dada la proximidad entre las Oficinas Regionales con los Estados Miembros, lo que les da la posibilidad de mirar de cerca las necesidades y criterios de los mismos, debería ser este un factor clave a la hora de determinar las prioridades

globales de la Organización y a la inversa también, para la planificación estratégica y la asignación de recursos regionales, de esta manera una alineación entre los órganos regionales y mundiales resulta indispensable (OMS, 2012).

Un aspecto importante en la desvinculación de la labor de los comités regionales con la del Consejo Ejecutivo, es que a pesar de que a nivel regional se trabajen y se adopten políticas destinadas a abordar problemas de salud identificados a nivel regional, y se cuente con determinadas experiencias en áreas específicas, en los procesos de elaboración de estrategias mundiales, no siempre se toman en consideración o se solicitan aportaciones regionales, lo que sería de doble beneficio puesto que también permitiría un proceso de adaptación y aplicación regional más sencillo y adicionalmente ya no sería necesario la preparación de nuevas estrategias concretas para cada una de las regiones (OMS, 2012).

Por último, la diversidad no únicamente en la forma en la que cada órgano deliberante abarca puntos determinados en su orden del día y la manera en la que prepara sus reuniones, sino que también en cuanto a métodos de trabajo y prácticas de los distintos órganos deliberantes; impide una uniformidad a nivel mundial. De manera general, estas prácticas varían en cuanto a la consideración de credenciales de los Estados Miembros (criterios para decidir los representantes aptos para participar y los asistentes permitidos en calidad de observadores), los procesos de presentación de candidaturas para el cargo de Director Regional (de la misma manera, en cuanto a criterios y procesos), y finalmente y lo primordial, la falta de estándares en los métodos de trabajo entre las reuniones, y la inclusión de puntos de interés mundial (OMS, 2012).

## **2.2. Función de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial y marcos de colaboración vigentes para su regulación**

Una vez analizado el rol de gobernanza de la OMS en cuanto a su gestión interna, es importante destacar también otra condición clave para un liderazgo efectivo de la Organización: la gobernanza sanitaria mundial en las interacciones con otros actores involucrados.

Pero ¿qué quiere decir gobernanza sanitaria mundial? Existen varias definiciones que intentan explicar lo que gobernanza mundial significa, lo cual se puede observar particularmente en los debates de ciencia política sobre las relaciones internacionales. En realidad, esta expresión tiene su auge con los procesos de globalización puesto que se trata de la creación de un conjunto de reglas a escala mundial en esferas problemáticas globales, establecidas especialmente para regular el comportamiento de los actores en campos específicos (SENGHASS, 2011), en este caso el sanitario.

De esta manera, para alcanzar una normativa y regulación eficaz se establecen sistemas reguladores de orden mundial u otros regímenes de variadas características. Éstos tienen características normativas e institucionales, y cuentan con procedimientos bastantes complejos, por lo general de alta efectividad (SENGHASS, 2011).

*Éstos también incluyen proyectos de «gobernanza mundial» deseables, es decir, de estructuras que en el sentido estricto del concepto no existen todavía pero que son enunciados en declaraciones e ideas programáticas sobre una estructura del orden mundial deseable en un campo político específico (SENGHASS, 2011:153).*

Para el objeto del análisis de este subcapítulo, es importante destacar que la OMS es el organismo regulador a nivel diplomático en el sector sanitario que debe cumplir con el papel esencial de coordinar la cooperación para la salud en medio de una enorme variedad y multiplicidad de actores involucrados en éste ámbito, función que será analizada en los siguientes apartados. Para esto, se tomarán también en cuenta los requisitos básicos para el ejercicio de una gobernanza eficiente, los cuales incluyen la participación efectiva, los mecanismos eficaces, la transparencia, la delegación responsable y la rendición de cuentas, para lo cual se detallarán los marcos y políticas de colaboración vigentes tanto internamente como a nivel mundial establecidos para orientar dichas interacciones.

### **2.2.1. Iniciativas mundiales en pro de la salud - Alianzas mundiales**

*En la primera década del siglo XXI, el panorama institucional de la salud mundial ha ido ganando en complejidad al aumentar el número de alianzas, fundaciones, instrumentos financieros y organismos bilaterales y multilaterales que operan en la esfera de la salud (OMS, 2011:6).*

Cuando fue creada la OMS, en 1948, el panorama sanitario internacional en cuanto a actores involucrados en la salud mundial era

sumamente distinto al actual. De hecho, la Constitución de la Organización únicamente reconoce a tres tipos de actores involucrados en la salud: gobiernos, organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales (OMS, 2011). *“En 1948, la OMS era la única organización sanitaria mundial; hoy en día es una de muchas”* (OMS, 2011:6). No solo ha existido una variación en el número cada vez mayor de actores internacionales deseosos de participar en la salud mundial, sino que también en sus características. Se trata de poderosos actores, incluyendo organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil, del sector privado y una gran variedad de organizaciones relacionadas con la salud, tanto de Naciones Unidas como fuera de ella, las cuales influyen en el momento de definir y elaborar políticas sanitarias y en el establecimiento de prioridades en el ámbito de la salud (OMS, 2011).

En la actualidad existen numerosas organizaciones de este tipo que tienen un campo de acción a nivel mundial, regional y nacional, lo que obstaculiza aún más una coordinación eficaz. En este sentido, la dificultad radica ahora en enfrentar el desafío que implica la participación más allá de los gobiernos, teniendo en consideración la preponderancia de la gestión de los conflictos de intereses y promoviendo al mismo tiempo una mayor coherencia en las políticas sanitarias mundiales (OMS, 2011).

El establecimiento de alianzas formales con otros actores involucrados en la salud tuvo sus inicios en los años 70, donde fueron creados los programas especiales de investigaciones sobre enfermedades tropicales y salud reproductiva (temas prioritarios en ese entonces), en los cuales la OMS era el organismo encargado de su ejecución. Fueron establecidos con la finalidad de unificar los recursos provenientes de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas interesados en aspectos prioritarios de investigación en salud, y quienes eran apoyados por donantes gubernamentales (OMS, 2010). Al ser constituidos los primeros mecanismos formales de colaboración se pretendía *“evitar la duplicación de esfuerzos, centrar más la atención en temas que de otra manera estaban descuidados, e impulsar la participación del sistema de las Naciones Unidas en esas áreas de trabajo específicas”* (OMS, 2010:3).

En los últimos 10 años, la participación de la OMS en alianzas mundiales y arreglos de colaboración semejantes en pro de la salud<sup>3</sup>, ha tenido un incremento considerable, lo que ha posibilitado alcanzar una gran experiencia. De hecho, hoy en día existen pocas iniciativas con gran impacto en la salud que dependen de una sola organización. Esto responde a que el trabajo conjunto en las numerosas alianzas e iniciativas mundiales ha permitido juntar las ventajas comparativas de los distintos actores proporcionando así plataformas comunes para la mancomunación de esfuerzos y obtención de mejores resultados sanitarios (OMS, 2010). De esta manera, las alianzas a lo largo de su existencia han tenido un aporte sumamente valioso para la salud mundial, en especial han contribuido a introducir nuevas fórmulas de trabajo, con una mayor participación de la sociedad civil y el sector privado así como también a entablar diálogos fructíferos entre las partes para generar así consenso y una mayor coordinación respecto a estrategias técnicas y operativas primordiales y han impulsado la innovación (OMS, 2007).

En la actualidad el término alianza es utilizado de manera genérica para referirse a distintas estructuras, interacciones y arreglos de organización, los cuales incluyen entidades constituidas de manera jurídica externas a la Organización como por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza para Vacunas e Inmunización –GAVI-, la Operación Medicamentos Antipalúdicos; alianzas no constituidas jurídicamente interiores a la Organización y con mecanismos de gobierno propios como la Alianza Alto a la Tuberculosis, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el UNITAID, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, y la Red de Sanimetría; así como también iniciativas de colaboración que dependen plenamente de su control administrativo y responsabilidad, las cuales no cuentan con un mecanismo de gobierno propio y son modalidades más simples de colaboración con distintas partes interesadas, entre ellas están varias redes, programas, grupos especiales y fórmulas de colaboración en proyectos, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la Red Mundial contra las Enfermedades No Transmisibles, el Programa de erradicación del gusano de Guinea, el Proyecto Vacunas contra la Meningitis, la Iniciativa de

---

<sup>3</sup> La expresión *alianza mundial en pro de la salud* se refiere a las relaciones oficiales de colaboración entre distintas organizaciones que comparten los riesgos y los beneficios para alcanzar un objetivo común.

Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y el Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera (OMS, 2010).

Como se puede observar para designar a las alianzas no se utiliza únicamente el término alianza sino también asociación, red, programa, colaboración por proyecto, campaña conjunta y grupo especial, sin embargo, estos nombres no señalan el tipo de alianza a la que se refiere (OMS, 2010) De manera general existen tres tipos de alianzas:

*Las que se dedican principalmente a la financiación de programas sanitarios de los países en desarrollo a fin de ampliar la cobertura de ciertas intervenciones; las que se ocupan básicamente de coordinar las acciones de muchas y diversas partes y se centran en determinadas enfermedades o problemas de salud; las que se centran sobre todo en promover la investigación y generar capacidades de investigación, y actúan como catalizadoras del desarrollo de nuevos productos, por ejemplo medicamentos, vacunas o medios de diagnóstico (OMS, 2007:2).*

Mientras que algunas alianzas cumplen al mismo tiempo las tres funciones, la mayoría de ellas se centran en una sola enfermedad o en un problema sanitario específico, y existen pocas alianzas, aunque están incrementando en el último tiempo, que abordan de manera global el desarrollo de los sistemas sanitarios (OMS, 2007).

Sin embargo, a pesar de que como se ha mencionado anteriormente, las alianzas han contribuido a la obtención de varios resultados positivos, no todos ellos se dan para todas y cada una de las alianzas, así como tampoco éstas influyen en la totalidad de los problemas sanitarios, ya que las alianzas no siempre se encuentran alineadas y dirigidas a las prioridades globales determinadas dentro de la Organización, no siempre son compatibles con las normas y reglamentos de la OMS, y varias veces no están en consonancia con los recursos disponibles y el Presupuesto por Programas, el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y el Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015, a pesar de que aborden ámbitos preponderantes en materia de desarrollo (OMS, 2007).

Por otro lado, la multiplicación de alianzas mundiales en los últimos años ha planteado el problema de la falta de definición y claridad en cuanto a las funciones y responsabilidades de las distintas partes que las conforman, así como también respecto a las relaciones entre la Secretaría de la OMS y los miembros de una determinada alianza, o entre éstos y otras entidades



involucradas. Además, particularmente resulta indispensable que se determine y se especifique de mejor manera no únicamente la relación entre las funciones y responsabilidades de las alianzas sino que también las responsabilidades de los organismos multilaterales y otros actores que participan en ellas (OMS, 2010).

En últimos años y tomando en cuenta la multiplicidad de partes interesadas que actualmente existen, las alianzas han presentado varios desafíos que exigen nuevas formas de gestión para un liderazgo eficaz por parte de la OMS. Entre ellos constan el riesgo de incurrir en duplicaciones, unos costos de transacción que pueden resultar muy elevados para los gobiernos y asociados, así mismo existe una heterogeneidad en los sistemas de rendición de cuentas lo que desemboca muchas veces en problemas de falta de transparencia. Por otro lado, algunos países se adhieren y se involucran más que otros en las alianzas, incluso varios países no cuentan con la capacidad ejecutar todos los fondos disponibles, además en muchas ocasiones no hay coherencia con los sistemas y prioridades de los países, existiendo también una coordinación insuficiente entre diferentes alianzas dentro de un mismo país. Para la misma Organización, el rápido incremento de iniciativas de financiación promovidas por alianzas resulta en una importante carga de trabajo suplementario, al requerir los países su apoyo técnico y normativo, varias veces de manera imprevisible, recibiendo la OMS rara vez alguna contribución adicional (OMS, 2010).

#### **2.2.2. Políticas y mecanismos internos para regular la participación de la OMS dentro de alianzas sanitarias mundiales**

Si bien el papel de las alianzas sanitarias mundiales, en el marco de colaboración con los múltiples actores involucrados en la salud mundial resulta vital para fortalecer el accionar de la Organización, por lo que de hecho se persigue ampliar la gama de asociados en busca de un fin común, en consonancia con su mandato constitucional de *“establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes”* (OMS, 2009;2), el aumento de la implicación con dichos actores no debería ser un fin en sí mismo, sino que toda iniciativa, alianza e interacción con la OMS tiene que ofrecer beneficios claros y medibles, añadiendo así valor al enriquecimiento de las políticas y fortalecimiento de las capacidades sanitarias

de los Estados Miembros. Para ello, debe existir una amplia evaluación de la oportunidad o desventaja que significa para la OMS cada interacción, en la cual tiene que prevalecer el rol de los Estados Miembros en la toma de decisiones para dicho fin, siempre en armonía con la función de liderazgo estipulada en el Artículo 2 de la Constitución de la OMS: “*actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional*” (OMS, 2009:2).

Sin embargo, en la práctica actual se puede observar que los órganos deliberantes mundiales, es decir, la mayor expresión de los procesos de toma de decisiones de los Estados Miembros, tal y como se mencionó en el punto 2.1.3., no tienen un rol de supervisión fortalecido mediante el cual se involucren a fondo respecto a las alianzas sanitarias, de hecho, en el Consejo Ejecutivo, no existe un punto permanente en el orden del día en el cual se examinen las alianzas sanitarias establecidas oficialmente.

De la misma manera, el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, como su nombre lo indica, tiene el mandato de evaluar la relación únicamente con ese tipo de organizaciones, pese a que como consecuencia de la proliferación del número y tipo de alianzas, los arreglos institucionales se han tornado cada vez más complejos abordando ahora cuestiones importantes de gobernanza, de manera que resulta indispensable que la OMS tenga un rol de coordinación más activo mediante la adopción de un enfoque sistemático (OMS, 2010).

Tal y como el institucionalista neoliberal Roberth Keohane afirma, la compleja interdependencia entre los Estados pone en evidencia el hecho de que aunque el Estado continúe siendo el actor más importante en la política mundial, éste ha dejado de tener el papel predominante que tenía en el pasado. De esta manera, las instituciones internacionales tienen ahora un rol fundamental en la política internacional contemporánea (GOODIN, 2001). Éstas son definidas como “*un conjunto de reglas (formales e informales) duraderas y conectadas, que prescriben comportamientos, limitan la actividad y dan forma a las expectativas*” (GOODIN, 2001). Es así que las políticas, normas y los mecanismos establecidos para su cumplimiento y la vigilancia del mismo resultan indispensables para una coordinación eficaz por parte de la OMS.

Pero la carencia de un instrumento idóneo para evaluar la participación de la OMS en alianzas oficiales o para ejercer la función de supervisión y liderazgo efectivamente ha hecho que los problemas del establecimiento de alianzas se intensifiquen aún más. De hecho, aunque actualmente para algunos casos existen normas y principios aprobados por los órganos deliberantes, en la práctica éstos son aplicados a una mínima parte del gran número de actores involucrados (OMS, 2010).

En este sentido, la discusión del establecimiento de un instrumento que oriente estas interacciones ha ido aumentando en los últimos años, hasta que recientemente, en mayo del 2010, en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud se aprobó la Resolución WHA63.10, la cual incluía la política de la OMS concerniente a la participación de la Organización en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida. De esta manera, se establece un marco rector a fin de que la OMS examine las posibilidades de participar en los diferentes tipos de alianzas y tome la decisión respectiva, determinando también directrices aplicables para los casos en los que la decisión de la OMS sea positiva. Así mismo, se estipulan criterios para guiar a los órganos deliberantes en la manera más oportuna de llevar a cabo, revisar o dar por terminada la participación de la OMS en alianzas, siempre en armonía con la aplicación del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y con la finalidad de apoyar en el avance del programa de acción sanitaria mundial establecido en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 (OMS, 2010).

Como política general se establece que la OMS apoya mecanismos internos que facilitan la colaboración y que no necesitan estructuras de gobierno separadas. De esta manera se pretende evitar el problema que presenta para la Organización y en especial en cuanto a la carga de trabajo, el aceptar alianzas que tienen estructuras propias de gobierno y en las cuales la OMS, entre otras funciones debe asumir la de sus secretarías mientras que las decisiones son tomadas separadamente y las retribuciones no siempre ofrecen un valor añadido para la Organización (OMS, 2010). Es por esta razón también por la que se establece dentro de los parámetros de la política adoptada que *“se deberá evaluar y cuantificar la carga de trabajo adicional prevista para la OMS (en todos los niveles)”* (OMS, 2010:4).

La política adoptada establece que las alianzas y en general los acuerdos de colaboración con otros actores, deben determinar las funciones y la contribución específica de los distintos tipos de partes interesadas a la labor realizada por la Organización en prosecución de su mandato constitucional. Tanto la naturaleza como la finalidad de la alianza tienen que estar claramente definidas y relacionadas con un área de trabajo prioritaria de la Organización, procurando siempre preservar la integridad de labor técnica y normativa de la OMS y reduciendo al mínimo el riesgo de conflictos de intereses. De manera primordial en el desarrollo de alianzas e iniciativas sanitarias mundiales se debe perseguir una mayor alineación y coherencia entre los asociados y también entre la labor de ellos y las estrategias de desarrollo de los países para lo cual es necesario aplicar una gestión por resultados y fortalecer la capacidad de los países (OMS, 2010). Es importante destacar que varios de estos principios de prácticas óptimas, para dar respuesta a varios de los problemas de gobernanza entre varios actores en el terreno social mundial, entre ellos la eficacia respecto al trabajo a escala nacional de las alianzas mundiales, se encuentran establecidos en acuerdos adoptados internacionalmente los cuales serán analizados posteriormente.

De esta manera, se cuenta con un instrumento más específico mediante el cual se pretende normar la participación de la Organización en alianzas, sin embargo, se necesita contar con mecanismo claro para la aplicación de dicho instrumento, de tal manera que los órganos deliberantes, y en específico los Estados Miembros por conducto de ellos, cuenten con un mayor poder en el ejercicio de su función de supervisión, a través del establecimiento formal de este punto de debate en los órdenes del día, de manera que se logre una participación más activa en importantes iniciativas sanitarias mundiales y logrando una coordinación más eficaz entre las actividades de dichas iniciativas y las de la Organización (OMS, 2011), por lo que un primer paso importante es el establecimiento en la Resolución WHA63.10 de pedir a la Directora General que *“presente al Consejo Ejecutivo toda propuesta de acogida de una alianza formal por la OMS, para que la examine y decida al respecto”* (OMS, 2010:2).

Es imperante continuar trabajando en esta política adoptada recientemente, para poder fortalecer el rol rector de la OMS impulsando la adopción de nuevas y más normas y directrices que permitan hacer frente a los

problemas y desafíos que presentan la multiplicidad de acuerdos por el número creciente de partes interesadas en la salud mundial, robusteciendo así las ventajas de la colaboración con otros actores.

Sin embargo, resulta necesario tomar en consideración que no solo el creciente número de actores sino que también el compromiso multisectorial que esto conlleva, han interpuesto nuevas exigencias para la gestión eficaz de la OMS como órgano rector en dichas alianzas e iniciativas. A pesar de que existan o se esté trabajando en instrumentos y mecanismos para regular la participación de la OMS en ellas, un desafío muy importante con el que se enfrenta la Organización es el impulsar y lograr el consenso no solo acerca de diversos problemas sanitarios comunes, sino que también para que todas las instancias de gobernanza en la salud pública internacional enfoquen a la salud como resultado dentro de las políticas mundiales relacionadas con el comercio, la propiedad intelectual, los derechos humanos, etc., así como también a nivel nacional, dentro de la actividad intersectorial. Puesto que son pocos casos en los que se logra una coherencia en las políticas y medidas de los actores involucrados, tanto entre ellos como a nivel interno, *“y los mecanismos de diálogo intersectorial suelen ser insuficientes”* (OMS, 2006:10).

Un claro ejemplo de esto es la polifarmacorresistencia<sup>4</sup>, la cual ha obstaculizado muchas iniciativas de lucha contra las enfermedades, lo que hace que sea necesaria la adopción de medidas en los campos de la investigación y desarrollo internacional, el derecho de patentes y los derechos de propiedad intelectual, así como en las del comercio y las finanzas internacionales (OMS, 2006). Es en este aspecto en el que el rol de gobernanza sanitaria mundial de la OMS resulta indispensable a fin de que mediante su poder de convocatoria pueda crear plataformas y espacios de diálogo que incluyan sectores ajenos al sanitario pues la salud se ve cada vez mayormente afectada por decisiones tomadas en los mismos (OMS, 2011).

*“Sólo si encontramos nuevas formas de trabajar y establecemos asociaciones innovadoras conseguiremos que cambien las cosas y alcanzaremos nuestros objetivos”* (OMS, 2006:2).

---

<sup>4</sup> Polifarmacorresistencia significa el desarrollo de resistencias a múltiples medicamentos, refiriéndose esto a la capacidad de un germen que causa enfermedad, como una bacteria o un virus, de continuar multiplicándose a pesar de la presencia de medicamentos que generalmente los aniquilan.

### 2.2.3. Marcos de colaboración vigentes a nivel mundial

Como se ha mencionado anteriormente el incremento de organizaciones activas en el ámbito de la salud hace que sea necesario definir más claramente las responsabilidades y afinar las normas de intervención para la participación de múltiples interesados directos. Las estrategias técnicas elaboradas por la OMS contribuyen a un mayor grado de armonización entre los asociados, sin embargo resulta a veces poco suficiente para garantizar una coherencia general con las prioridades a nivel nacional (OMS, 2011).

La OMS a fin de hacer frente a los nuevos desafíos en materia de gobernanza sanitaria mundial ha tenido que desempeñar cada vez un papel más estratégico en cuanto a la orientación y coordinación brindada en función de intereses que muchas veces se encuentran contrapuestos. De esta manera, la Organización ha tenido que enfocarse en la obtención de resultados positivos en esferas comunes, para lo cual impulsa la identificación de las necesidades de los países con las actividades correspondientes y organiza varias reuniones con los asociados y los sectores nacionales involucrados (OMS, 2010).

Toda esta labor ha sido centrada en el apoyo a los Estados Miembros mediante asistencia técnica enfocada en el desarrollo de sus capacidades con la finalidad de fortalecer la eficacia de la ayuda y obtener resultados a través de una colaboración y coordinación eficaz entre las distintas alianzas e iniciativas para que apoyen a la consecución de los objetivos nacionales de salud (OMS, 2010).

*La OMS alienta a las alianzas mundiales en pro de la salud a adherirse a los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) y al Programa de Acción de Accra adoptado en el tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda (Accra, 2 a 4 de septiembre de 2008) (OMS, 2010:1).*

Con la finalidad de enfrentar estas dificultades de la cooperación internacional no solo en materia de salud sino que en diversas áreas sociales y teniendo en consideración el hecho de que ya no es únicamente necesario que los asociados brinden más ayuda y que se cuenten con más alianzas mundiales, sino que la necesidad radica ahora en que la ayuda sea utilizada de manera más eficiente; a nivel mundial, a raíz del incremento tan considerable del número de actores involucrados en los últimos 10 años, se han venido

realizando distintos foros, congresos y distintos tipos de reuniones para congregar a los asociados para el desarrollo, en los que se han adoptado instrumentos internacionales, los cuales han sido el marco rector para esta colaboración, estableciendo los principios para una labor eficaz de las iniciativas mundiales para el desarrollo (OMS, 2010).

Entre ellos se destacan primeramente la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo realizada en Monterrey, México, en marzo de 2002, en la cual los jefes de Estado y de Gobierno aprueban el llamado Consenso de Monterrey, en el cual se establece principalmente los principios para dar respuesta a las dificultades de la financiación para el desarrollo a fin de avanzar en la consecución de los ODM, articulando los compromisos entre los donantes internacionales de incrementar la Asistencia Oficial para el Desarrollo -AOD- pero también se reconoció la necesidad de realizar esfuerzos para garantizar su eficacia, para lo cual los países deben trabajar en fortalecer sus capacidades y políticas para la gestión de la cooperación internacional (UNCTAD, 2002)

Sin embargo, aunque resulte necesario el incremento en los montos financieros dirigidos a la AOD para obtener progresos en el cumplimiento de los ODM, estas estimaciones se fundamentan en el supuesto de que la AOD es gestionada de manera eficiente, cuando en realidad un mayor financiamiento y una mayor eficiencia no siempre van de la mano. De esta manera, en febrero del 2003 en Roma, Italia se celebró el primer Foro de Alto Nivel sobre Armonización, en el cual se reunieron autoridades de instituciones multilaterales y bilaterales de desarrollo y representantes de instituciones financieras multilaterales y países asociados, es decir, la comunidad internacional de donantes, quienes entre otras cosas, se comprometieron a trabajar conjuntamente con los países asociados para mejorar la coordinación, simplificar sus actividades y fortalecer las capacidades en los países donde operaban para una gestión más eficiente de la asistencia, así como propiciar reformas sistemáticas a fin de que los proyectos y programas de cooperación implementados se alinearan con las prioridades de los países (SELA, 2003).

Todo esto en respuesta a las dificultades observadas por los donantes. Por un lado, de como el elevado número y la gran variedad de procedimientos requeridos para la preparación, prestación y seguimiento de la AOD reduce aún

más la limitada capacidad de los países quienes además deben incurrir en gastos de transacción improductivos. Y por otro, la falta de coherencia entre las prácticas de los donantes con las prioridades nacionales de desarrollo, con los sistemas planificación de presupuestos, programas y proyectos, así como con los ciclos de planificación de los mismos (SELA, 2003).

En seguimiento a dicha Reunión se realiza el segundo Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, en París, Francia, en febrero y marzo del 2005, en el cual participan ministros, representantes de organismos multilaterales y donantes, jefes de organismos y altos funcionarios quienes suscribieron la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo adquiriendo compromisos para una ayuda más eficaz. Esta Declaración no solo respalda los anteriores acuerdos aprobados internacionalmente sino que también establecen 5 principios para la gestión de la cooperación internacional para el desarrollo: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad. De manera general se comprometen a alinear la asistencia con las estrategias y prioridades de los países y a armonizar las políticas, procesos y prácticas de los donantes en función de los sistemas de países asociados, respetando en todos los casos el liderazgo de los países y apoyando en el fortalecimiento de su capacidad a ejercerlo (OECD, 2005).

Posteriormente, en septiembre de 2008, se lleva a cabo en Accra, Ghana, el Tercer Foro de Alto Nivel, a fin de dar un nuevo impulso a los compromisos establecidos en la Declaración de París. Allí, tanto los donantes como los gobiernos de los países en desarrollo reconocen la necesidad de establecer una Agenda de Acción desde entonces denominada Plan de Acción de Accra para avanzar más eficazmente en la aplicación de los principios de la Declaración de París (OECD, 2005).

Si bien los principios aprobados tanto en la Declaración de París como en el consiguiente Plan de Acción de Accra hacen referencia principalmente a las alianzas que aportan cantidades considerables de fondos a los países, continúan teniendo importancia para otras iniciativas conjuntas para la mejora de la salud en las que los países participan como asociados. Ejemplos de ello son la Alianza GAVI o la Alianza Alto a la Tuberculosis, quienes se han adherido a estos principios, así como algunos donantes en el sector salud que también se rigen por ellos cuando determinan su aportación (OMS, 2007).



En el momento en el que el sector salud recibe importantes cantidades de recursos aportados por los asociados internacionales, los gobiernos nacionales deben contar con la capacidad de planificar, gestionar y coordinar la cooperación recibida. Es precisamente en este aspecto, en el que la labor de la OMS se vuelve imperante puesto que debe apoyar a los países en el fortalecimiento de dichas capacidades, ayudándolos a armonizar y simplificar las políticas de los cooperantes, las mismas que deben estar en concordancia con las prioridades y sistemas de gestión acordados, tomando siempre en consideración los principios establecidos de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y Plan de Acción de Accra y en la Política referente a la participación en las alianzas, adoptada en el 2010 (OMS, 2006). De hecho, estos principios deberían regir toda iniciativa para la mejora de la salud, y todos los actores, incluidos los donantes, deben adherirse a ellos y la OMS debe ser quien ejerza el liderazgo a través del seguimiento a esta medida. Sin embargo, en la actualidad no se cuenta con un marco más específico para guiar esta labor, y en especial para que se dé cumplimiento en todos los casos.

## **2.3. Relación de la OMS con otros actores y asociados en la esfera de la salud**

Una vez que se ha analizado de manera global el rol de la Organización en la gobernanza sanitaria mundial y las políticas actuales que rigen las interacciones de ésta en las alianzas sanitarias y con los distintos actores involucrados, en el siguiente subcapítulo se detalla la interacción de la OMS específicamente con los distintos grupos de actores relevantes, y que tienen una participación importante para la labor de la Organización.

### **2.3.1. Interacción de la OMS con los donantes y alianzas con organizaciones privadas con fines lucrativos**

La Constitución de la OMS no contiene una norma específica para la regulación de su relación con organizaciones privadas con fines lucrativos, alianzas público privadas, y en general los donantes. Las políticas que actualmente rigen las interacciones con otros actores y asociados en el ámbito de las alianzas en el sector salud, como se lo mencionó en el subtema anterior, a pesar de marcar la política general de principios para orientar dichas relaciones, no cuentan con directrices específicas para normar el comportamiento de la OMS con determinados actores, en este caso con

alianzas con un elemento importante de financiación. De hecho, únicamente la Secretaría ha elaborado algunas directrices internas referentes a las relaciones del personal con entidades privadas, sin embargo para que éstas funcionen como un marco amplio, necesitarían atravesar un amplio proceso de consultas y revisión para finalmente ser aprobadas por los órganos deliberantes, teniendo en cuenta el carácter intergubernamental de las deliberaciones en la Organización, el cual debe prevalecer por encima de todo (OMS, 2011).

Es importante destacar que las alianzas con un componente de financiación considerable o los donantes en general, si bien han tenido un papel vital en la multiplicación de las actividades de la OMS para abordar problemas de salud concretos, éstos requieren de otro mecanismo normativo más formalizado mediante el cual se cuente con un elemento de rendición de cuentas por las decisiones respecto a la financiación. En este aspecto, las cuestiones de la transparencia y la protección de la labor de la OMS de cualquier forma de conflicto de intereses tienen un rol clave para el desempeño eficaz de la Organización dentro de estas interacciones (OMS, 2011).

Si bien la OMS ha avanzado en su labor en cuanto a movilización de recursos, es importante destacar que las contribuciones voluntarias, es decir las provenientes de donaciones, tienen un papel sumamente importante en el financiamiento de la Organización puesto que el nivel actual de las contribuciones señaladas, es decir las asignadas a los Estados Miembros, no es suficiente para llevar a cabo la labor de la OMS. En este sentido mientras las contribuciones señaladas representan aproximadamente el 25% de la financiación del presupuesto por programas para el periodo 2012-2013, las contribuciones voluntarias financian el 75% (OMS, 2011).

Esto supone una clara dificultad para asegurar el alineamiento de las actividades programadas a los recursos movilizados, dado que éstas contribuciones se encuentran generalmente preasignadas a programas específicos, lo que pone aún más en evidencia la necesidad de contar con un marco rector y un mecanismo de aplicación para la regulación de dichas interacciones, a fin de que no solo los donantes se comprometan con cada Estado Miembro a alinear sus objetivos con los de sus planes nacionales de salud sino que también internamente en la Organización se disponga de instrumentos internos reforzados para que los recursos sean dirigidos tanto a

las áreas prioritarias definidas en la Organización como a las que no disponen de un financiamiento suficiente (OMS, 2008).

La falta de una estrategia coordinada de movilización de recursos, la falta de prioridades bien definidas y de planteamientos y normas claras a los donantes hace que existan esferas de la OMS en las que no se aprovechan las posibilidades de movilización de recursos. En algunos casos, se han elaborado sus propias estrategias, en otros no, lo que ha dificultado la recaudación de fondos, evidenciando la necesidad de una estrategia que aborde a la Organización en su conjunto (OMS, 2008).

Es precisamente por esta razón por la que la mayor parte de la financiación de la OMS no es ni predecible, ni sostenible, lo que resulta en un desequilibrio en el financiamiento de los diferentes programas entre cooperación técnica y labor normativa, gastos administrativos, de personal y actividades de la Organización (OMS, 2011).

De hecho, como ya se lo mencionó anteriormente aunque en la actualidad existan para algunos casos normas y principios aprobados por los órganos deliberantes, en la práctica éstos son aplicados a una mínima parte del gran número de actores involucrados (OMS, 2011). Por ejemplo, una corriente de ingresos clave que hoy en día se utiliza para financiar los gastos administrativos de la Organización es obtenida mediante una tasa sobre las contribuciones voluntarias por concepto de gastos de apoyo a los programas. Si bien la tasa oficial de ese tipo de contribución es del 13%, en la realidad los ingresos medios son inferiores al 7%, además no son aplicadas a todos los aportes voluntarios, por lo que esta corriente resulta insuficiente para financiar los gastos administrativos del presupuesto por programas (OMS, 2011).

De esta manera, la carencia de una fuerte normativa dirigida a controlar las interacciones de estos actores con la OMS así como una coordinación eficaz por parte de ella, ponen en evidencia un sistema anárquico en la gestión de la Organización que desemboca en una extrema libertad para los actores involucrados, lo que ha propiciado un proceso de debilitamiento de su rol rector en asuntos sanitarios mundiales. Lo que ha permitido desvirtuar la función primordial de la OMS, ahora la función principal parecería ser la de ocuparse

de programas financiados por recursos dirigidos a fines específicos, aunque vayan en contra de los intereses y prioridades establecidas dentro de la OMS.

La Organización debe ser quien controle y regule el comportamiento de los Estados y actores mediante el establecimiento de políticas que permitan sobrellevar este problema de anarquía, teniendo en consideración que ésta menoscaba las posibilidades de colaboración pero no la hacen imposible. La manera en la que la OMS ha estado ejerciendo su rol rector en cuanto a la financiación, han ido abriendo campo para que las principales potencias en la Organización (gubernamentales o no gubernamentales) a través de sus contribuciones voluntarias, es decir los donantes, alcancen su hegemonía. Sin embargo, esta hegemonía se ve desafiada principalmente por los países en vías de desarrollo o los llamados del “Tercer Mundo”, quienes abogan por una Organización en base a normas y principios diferentes a los que se han estado rigiendo el accionar de la OMS, es decir, cada vez son más los Estados y actores que claman por una por una institución sólida y equitativa que pueda responder ante los nuevos desafíos.

*Estar satisfechos con los resultados de nuestros proyectos individuales no es suficiente, ya que los desafíos a los que nos enfrentamos son demasiado grandes. No se trata de diez escuelas, sino de 10.000, no de cinco puentes, sino de 5.000, no de 100 personas, sino de miles de millones. Debemos entender cómo podemos multiplicar los éxitos de estos proyectos, de manera de lograr un efecto de tal magnitud que realmente nos ayude a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (WOLFENSOHN, 2008:1).*

### **2.3.2. Colaboración de la OMS con las Organizaciones No Gubernamentales**

Como ya se lo ha planteado anteriormente en este capítulo, el gran desafío que tiene la OMS en la actualidad en relación a su función en la gobernanza sanitaria mundial, es el de no únicamente ampliar la participación más allá de los gobiernos para incorporar a otros interesados directos, sino el analizar de qué manera la OMS modela conductas para unificar los esfuerzos de los diversos actores trabajando en pro de la salud global.

La colaboración de la OMS con Organizaciones No Gubernamentales - ONG- ha tenido un papel clave a lo largo de su historia, multiplicándose cada vez más las alianzas con las mismas. De hecho, la Constitución alienta la interacción, consulta y cooperación con dichas organizaciones. La primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948 adoptó un conjunto de principios para el

establecimiento de relaciones oficiales entre la OMS y las ONG. Esos principios fueron modificados y ampliados en posteriores Asambleas Mundiales de la Salud (OMS, 2002).

*En la actualidad, la consecución de los objetivos de salud pública exige la cooperación de una amplia variedad de actores que integran asociaciones y alianzas múltiples. Aunque el papel primordial en lo que a protección de la salud se refiere corresponde a los gobiernos nacionales, numerosos actores de la sociedad civil participan cada vez más en la formulación y puesta en práctica de políticas y programas de salud (OMS, 2002:2).*

En los últimos años, ha existido un incremento sin precedentes de la actividad e influencia de las organizaciones de la sociedad civil en la esfera de la salud pública<sup>5</sup>. La colaboración de estas organizaciones con la OMS ha incluido el apoyo en la aplicación y ejecución de sus programas en los Estados Miembros, ha logrado que el desarrollo de sus actividades incluyan zonas y poblaciones aisladas y ha impulsado el interés entre un público más extenso por inquietudes que tiene la OMS. Por otro lado, también las ONG han podido asumir papeles importantes en asuntos delicados en los que la OMS no lo ha hecho por motivos políticos, así como también se han asociado con la Organización para lograr una mayor eficiencia en la movilización de fondos (OMS, 2002).

*Involucrar a los actores transnacionales puede ayudar a mejorar la eficiencia de las políticas. Si bien los Estados tienen la intención de establecer los parámetros de la colaboración, poner en práctica las políticas con frecuencia requiere de actividades programáticas en un campo que ni los Estados ni las instituciones se encuentran adecuadamente adaptados para hacerlo (TALLBERG, 2010:48).*

Esta importancia y ventajas de esta colaboración se ve reflejada en la solicitud a la Directora General en la Resolución WHA63.10 aprobada en mayo del 2010, referente a la participación de la OMS en las Alianzas, para que continúe colaborando con las organizaciones no gubernamentales para la aplicación del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, a fin de seguir avanzado en el programa de acción sanitaria mundial establecido en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 (OMS, 2010).

A medida que estas interacciones han incrementado y las ONG han ido desempeñando un rol cada vez más importante en el ámbito de la salud pública

---

<sup>5</sup> La expresión sociedad civil se utiliza para fines de esta investigación como concepto que incluye a los movimientos sociales, las organizaciones de voluntarios, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de base comunitaria y otros actores no estatales y sin fines de lucro.

por los beneficios mutuos derivados de estas colaboraciones, las exigencias para la OMS en su rol de encauzar la energía de las distintas voces que se expresan para mejorar la salud pública también han aumentado. De esta manera, los órganos deliberantes han tenido que ir buscando la manera de robustecer esa colaboración mediante la adopción de diversas resoluciones en busca de regularlas. En la actualidad las relaciones con las ONG están regidas por un conjunto de principios establecidos en la Resolución WHA40.25, aprobada en la 40ª Asamblea Mundial de la Salud en 1987, en los cuales se determina que los objetivos de la colaboración entre la OMS y las ONG son los de promover las políticas, las estrategias y los programas de la Organización, colaborar en la aplicación de éstos y coordinar y armonizar los intereses intersectoriales de los diferentes órganos sectoriales interesados, tanto a nivel nacional, regional o mundial (OMS, 2011).

Es importante destacar que como se lo mencionó en el punto 2.1.3, parte del Consejo Ejecutivo es el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, el cual se encarga de evaluar las propuestas de las ONG para mantener relaciones oficiales con la Organización y revisa las que ya han sido establecidas (OMS, 2011). De hecho la colaboración con las ONG es un punto permanente del orden del día de las reuniones del Consejo Ejecutivo. Sin embargo, en varias ocasiones los órganos deliberantes han discutido la posibilidad de revisar los principios establecidos hace 15 años y recientemente la necesidad de la revisión del mandato de dicho Comité, sin embargo éstos no han conseguido aprobar una política revisada. Pero si ha existido consenso en cuanto a la necesidad de que el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales cuente con una función más normativa respecto a la mayor participación de actores no gubernamentales (OMS, 2011).

*También se considera exageradamente burocratizado el cometido asignado al Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales del Consejo Ejecutivo, que tiene que examinar cada año entre 60 y 80 solicitudes de establecimiento o mantenimiento de relaciones oficiales. De hecho, en la mayoría de los casos, la labor del Comité se ha limitado a aprobar las recomendaciones de la Secretaría (OMS, 2002:16).*

Cabe destacar que pese a la importancia y ventajas que la colaboración con las ONG brinda a la OMS también existen limitaciones y desafíos que necesitan ser abordados a través de políticas actualizadas que abarquen problemas como los de la falta de transparencia en lo referente a las actuaciones de la OMS, en sus tres niveles, y las limitaciones que existen para

las ONG en el acceso a toda la información correspondiente a la labor de la OMS. Así como también existe una falta de información acerca de las posibilidades de que las ONG participen en sus reuniones, funciones y actividades, y la limitada posibilidad de participación de éstas como se evidenció en las reuniones del Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, cuando algunas ONG con las que no se habían establecido relaciones oficiales pero que tenían una relación muy estrecha con la Organización no fueron ampliamente representadas. De manera general existe una participación irregular de las ONG en las reuniones de los órganos deliberantes en los tres niveles (OMS, 2002).

Por otro lado, el procedimiento en sí para el establecimiento de relaciones oficiales con las ONG también incluye procesos de larga duración, entre tres a cuatro años, lo que implica una carga importante de trabajo no solo para la ONG sino que también para la Secretaría (OMS, 2002). *“De hecho, se considera que figura entre los procesos más complejos utilizados dentro del sistema de las Naciones Unidas”* (OMS, 2002:16).

También es importante mencionar que los actuales Principios que rigen las relaciones entre la OMS y las ONG desde 1987 no cuentan con alguna disposición para diferenciar entre las ONG de interés público y las que están ligadas a intereses comerciales, por lo que en varias ocasiones estas últimas son incluidas en la categoría de ONG y no en las del sector privado donde corresponderían. En realidad, las ONG con las que la OMS interactúa son muy dispares en cuanto a la estructura, mandato y especialmente fuentes de financiación, entre las cuales constan el Estado, el sector comercial, las fundaciones, los ciudadanos, las instituciones eclesiásticas y las entidades benéficas (OMS, 2002).

*“Los principios que rigen las relaciones entre la OMS y las ONG no exigen formalmente que la información que se reciba sobre las ONG se analice y se haga pública”* (OMS, 2002:15). La información básica sobre las ONG con las que se mantienen relaciones oficiales en muchas ocasiones no es actualizada o publicada. Aunque al momento de la solicitud de admisión se les pregunte sobre sus mecanismos y fuentes de financiación, en los exámenes trienales no se lo suele hacer. De esta manera existe una clara falta de información actualizada acerca de los patrocinadores y los grupos de intereses que están detrás de las

distintas ONG. Por otro lado, por lo general tampoco se conoce sobre quién las dirige, lo que podría resultar muy útil conocer puesto que existe la posibilidad de que algunas de esas personas estén relacionadas con industrias específicas con fines considerados contrarios a los de la OMS como es el caso de la industria tabacalera o la de armamentos (OMS, 2002).

De esta manera, la naturaleza misma de las ONG genera preocupación puesto que puede implicar problemas de conflictos de intereses para lo cual no existen mecanismos de salvaguardia, y solo en pocos casos se han aplicado algunos por lo que necesitan ser complementados con medidas adicionales y que se puedan aplicar en todas las ocasiones. Incluso la proveniencia geográfica de las ONG pueden incurrir en este problema, puesto que muchas de las ONG internacionales tienen su sede en Estados Miembros ubicados en el Norte, con un nivel alto de ingresos, en consecuencia muchas veces los intereses de los países en vías de desarrollo no se encuentran lo suficientemente representados (OMS, 2002).

La posibilidad de conflicto de intereses se evidencia no únicamente por la heterogeneidad en el financiamiento de las ONG sino también porque entre más estrechamente se colabora con una de ellas en la elaboración de políticas y principios se vuelve más indispensable que la OMS pueda identificar cualquier riesgo tanto real como potencial, que sea transparente y que cuente con un mecanismo con criterios y políticas actualizadas para eliminar tal riesgo, de manera que pueda lograr una colaboración eficaz con este tipo de actores en el que la Organización tenga un rol de liderazgo fortalecido (OMS, 2002).

### **2.3.3. Colaboración de la OMS con el Sistema de Naciones Unidas**

*Si bien la tendencia de los Estados y las instituciones internacionales en la gobernanza mundial en los últimos años ha sido la de involucrar cada vez más a los actores transnacionales como expertos en políticas, proveedores de servicios y organismos de control de cumplimiento, la comprensión de los factores que modelan tal participación es débil (TALLBERG, 2010:45).*

Los desafíos a los que enfrenta la salud mundial han evolucionado con una rapidez y profundidad sin precedentes, dentro de este contexto, otra parte fundamental para que la OMS continúe desempeñando su rol de liderazgo de manera eficaz para dar respuesta a estas transformaciones, es su manera de trabajar dentro del sistema de las Naciones Unidas, promoviendo la coherencia



entre sus organizaciones y entidades para una gestión ágil con resultados positivos en la salud mundial.

El Artículo 2 de la Constitución de la OMS también establece como función de la Organización el establecimiento de una colaboración eficaz con las Naciones Unidas (OMS, 2009). Asimismo, el Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2012 determina la importancia de intensificar la colaboración de la OMS con otros sectores pertinentes al sistema de Naciones Unidas e instituciones de Bretton Woods a fin de avanzar en la consecución del programa de acción sanitaria mundial estipulado en el mismo (OMS, 2006).

Como se lo analizó en el capítulo I de esta investigación, la salud es un componente esencial para el desarrollo, contribuyendo y al mismo tiempo beneficiándose de otros elementos importantes de él. En consecuencia, la salud es incluida cada vez más en debates sobre políticas de las Naciones Unidas en otras esferas como los derechos humanos, la seguridad, el cambio climático, el comercio y en general la política exterior, sin dejar de un lado el rol tan importante de la salud en los actuales ODM, y que debería continuar teniendo en los que se planteen después del 2015.

Es importante destacar algunos logros importantes de la OMS en este aspecto, a través de su colaboración activa con los Estados Miembros a nivel mundial y regional en la promoción del papel de la salud en aspectos como el desarrollo sostenible, por ejemplo en el proceso de preparación de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20). Así como también la labor de la OMS en la consecución de apoyo tanto político como financiero a nivel mundial para hacer frente a la creciente carga de las enfermedades no transmisibles, consiguiendo en la adopción de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (OMS, 2012).

Sin embargo, de manera general la colaboración dentro del sistema, especialmente en lo que se refiere a los foros intergubernamentales como la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social y sus comisiones orgánicas, representa un claro desafío a la OMS, puesto que su rol para asegurar que la

salud en general, y particularmente las prioridades de la Organización tengan una mayor representación en las deliberaciones y decisiones de los órganos intergubernamentales de las Naciones Unidas, y principalmente en la aplicación de sus resoluciones en varias ocasiones, no ha tenido el éxito deseado (OMS, 2012). Evidenciando así una falta de mecanismos que permitan destacar la importancia de la salud en las negociaciones intergubernamentales dejando a un lado intereses muchas veces contrapuestos.

Además de los foros intergubernamentales, la OMS también mantiene cada vez más relaciones con otros organismos, fondos y programas del sistema de las Naciones Unidas no solo a nivel central como Ginebra y Nueva York sino que también a nivel regional y nacional. Lo que resulta en una compleja red de relaciones que supone un claro desafío para la OMS en la búsqueda de un mayor grado de armonización y alineación en las actividades y prioridades del sistema que tienen una influencia directa o indirecta en las actividades de la Organización en sus tres niveles. En este aspecto, es importante considerar que la coordinación no debería ser el objetivo en sí mismo, sino que un medio clave para incrementar la incidencia de las actividades de los otros actores en los resultados en materia de salud (OMS, 2012).

Otro reto fundamental desde el punto de vista de los resultados sanitarios y el uso eficiente de los recursos de la OMS, es la tendencia actual de disminución de la asistencia oficial para el desarrollo y el aumento de la proporción de fondos con fines específicos provenientes de fuentes bilaterales en especial de fondos fiduciarios de donantes múltiples y programas conjuntos. Actualmente las contribuciones totales a los fondos fiduciarios de donantes múltiples y a los programas conjuntos consisten en una importante fuente de financiación de las actividades de desarrollo del sistema de las Naciones Unidas en los países, ascendiendo hoy en día a aproximadamente USD 6.000 millones (desde su creación en 2004) (OMS, 2012).

*En 2011, 44 jefes de las oficinas de la OMS en cinco regiones se beneficiaron de esta forma de financiación y colaboración. En América Latina, además de las actividades llevadas a cabo en esferas «tradicionales» como la salud y la nutrición infantil, la financiación procedente de fondos fiduciarios de donantes múltiples contribuyó a la labor de la OMS encaminada a promover las sinergias multisectoriales y la consecución de las prioridades nacionales en materia de salud, por ejemplo a través de proyectos sobre el medio ambiente y el cambio climático, la prevención de conflictos y el mantenimiento*

*de la paz, y la gobernanza democrática y económica. En África y Europa, la OMS participó en programas conjuntos sobre la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, así como sobre la prevención de la violencia doméstica. En Ruanda, el fondo de la iniciativa «Una ONU» se utiliza para cubrir el déficit del presupuesto por programas de las oficinas de la OMS en los países (OMS, 2012:9).*

Si bien, como se puede apreciar esta modalidad representa también para la OMS una fuente de ingresos considerable para su labor en los países, en realidad, la Organización sólo ha recibido el 5% de esta suma. Por lo que, aunque esta modalidad de financiación, con responsabilidades compartidas y mecanismos de rendición de cuentas entre las Naciones Unidas, los donantes y las autoridades nacionales ofrece a la OMS una oportunidad para fortalecer su función en la inclusión de la salud en todas las políticas relacionadas, la Organización debería centrar sus esfuerzos en incrementar el porcentaje correspondiente a su financiamiento (OMS, 2012), sin embargo debe velar por la transparencia y en especial porque los fondos sean dirigidos a sus prioridades establecidas y respetando los intereses de la Organización y sus Estados Miembros, para no incurrir en el problema descrito anteriormente sobre los donantes y el potencial conflicto de intereses.

Tras analizar los mecanismos de gobernanza tanto interna como externa de la OMS y su relación con otros actores de suma importancia en el campo sanitario mundial, para concluir este capítulo es importante mencionar que a pesar de que se evidencien falencias y debilidades tanto en la manera de operar de los órganos deliberantes como en la forma en la que la Organización ejerce su función de liderazgo en el cada vez más complejo panorama sanitario mundial; la OMS es la institución rectora en asuntos sanitarios a nivel mundial que tal y como los defensores del institucionalismo neoliberal afirman acerca de las instituciones en general, puede promover una agenda de política exterior en salud mediante la provisión de información crítica y de experiencia, así como también puede facilitar la formulación de políticas y fomentar una mayor cooperación a nivel local, nacional e internacional.

Es así que la OMS tiene que fortalecer su función de liderazgo para funcionar como catalizador para la cooperación entre los actores estatales y no estatales. Pero para esto resulta indispensable también revisar la manera en la que la Organización se encuentra gestionada internamente, a fin de evaluar la necesidad de mejoras en este ámbito y conocer si ésta cuenta con las capacidades institucionales necesarias para una labor eficiente y eficaz. Con

esta finalidad, en el siguiente capítulo se realizará un análisis de la gestión interna de la OMS.

## CAPITULO III GESTIÓN

### 3.1. Sistema de financiación de la OMS

*“Los asuntos programáticos, de gestión y de gobernanza guardan una estrecha relación entre sí”* (OMS, 2006:10). Una vez que se han establecido los nuevos desafíos sanitarios mundiales y el complejo panorama institucional al que se enfrenta hoy en día OMS, es necesario analizar si la Organización cuenta con las capacidades financieras necesarias para una gestión eficiente y eficaz que pueda afrontar las nuevas exigencias que esto entraña.

#### 3.1.1. Marco de planificación basado en resultados- asignación estratégica de recursos

En los últimos años y en la búsqueda de una gestión más eficiente, ha predominado el debate de la necesidad de contar con un proceso de planificación basado en resultados y no una planificación basada en recursos, el cual consiste en la decisión previa de qué se debe hacer para después prever las repercusiones en cuanto a costos y los recursos que se requieren para alcanzar los objetivos acordados, tomando en cuenta las áreas de mayor necesidad. De esta manera, y en consideración de la experiencia adquirida hasta ese entonces, el 118° Consejo Ejecutivo en el 2006, aprobó una serie de principios para orientar la asignación estratégica y posibilitar la vigilancia del desempeño, la evaluación de los programas y la rendición de cuentas de la Secretaría de la OMS (OMS, 2006).

Esta serie de parámetros enfocados en los principios de equidad y de apoyo a los países más necesitados y en especial a los menos desarrollados pretendían asegurar que los ingresos provenientes de todas las fuentes sean tratados como parte de un único proceso de asignación de recursos a nivel de toda la Organización (OMS, 2006).

Este proceso de planificación toma como base los objetivos estratégicos identificados a través de criterios como el Undécimo Programa General de Trabajo, las necesidades de los Estados Miembros determinados a través de las estrategias de cooperación en los países, los principales problemas sanitarios, las funciones básicas y ventajas comparativas de la OMS, entre

otros criterios y prioridades utilizadas como punto de partida para establecer los 13 objetivos estratégicos del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 (OMS, 2006), tal y como se detalló en el Capítulo I de esta investigación.

De esta manera, en la definición de las necesidades de fondos para la planificación estratégica se establecen tres perspectivas complementarias: programática, funcional y organizacional. Las cuales responden a las prioridades de la Organización en función a los objetivos y resultados que se pretende alcanzar, la mejor manera de alcanzarlos teniendo en consideración las funciones básicas de la OMS y en qué nivel se puede realizar un trabajo más eficiente y eficaz (OMS, 2006).

A fin de poner en práctica dichos principios se estableció un mecanismo de validación mediante el cual se debía determinar las asignaciones de recursos para la Sede y las distintas regiones. Este mecanismo establece un componente fijo para financiar la labor normativa y reglamentaria, el 28% para la Sede y el 15% para las oficinas regionales, y el 55% del total de los ingresos destinado para financiar el trabajo de las regiones, porcentaje distribuido en función al número de países comprendidos, las necesidades de los mismos, el PIB, esperanza de vida y tamaño de la población. De esta manera la relación de asignación de recursos entre Sede y las regiones es de un 70:30 (OMS, 2006).

En el periodo del presupuesto bienal 2008-2009 esta proporción fue de 35:65. Y de este 65%, el 20% fue destinado a las oficinas regionales y el 45%, a los países. Si bien el gasto debería enfocarse en las operaciones a nivel de los países, teniendo en consideración la preponderancia de abordar las necesidades de éstos, el mecanismo de validación no establece parámetros para la asignación de los recursos entre las operaciones a nivel regional y de los países. Además aunque el mecanismo de validación tome en cuenta las características de los países, tanto el proceso como los criterios aplicados para hacer llegar la distribución regional a cada país difieren para cada región y en la práctica no siempre resulta sencillo armonizar las operaciones y asignaciones en los países con las prioridades establecidas en la estrategia de cooperación en los mismos. De hecho, la estructura del Plan Estratégico a Plazo Medio resulta más adecuado para las operaciones a nivel central que para las de los países. Es importante tener en cuenta que para la elaboración

de dicho mecanismo no se contó con un análisis real de las actividades en cada nivel y sus costos reales, lo que impide aún más basar la práctica en la realidad presupuestaria (OMS, 2012).

Si bien en el Plan Estratégico a Plazo Medio fueron asignados de manera preliminar los recursos necesarios para la consecución de cada objetivo estratégico durante el periodo de seis años, éstos fueron calculados sumando las estimaciones de financiación existentes para las áreas en las que se trabajaba anteriormente pero no se utilizaron criterios definidos para establecer la prioridad relativa de cada objetivo estratégico. De hecho, la definición de los resultados a alcanzarse se basó en el trabajo existente a través de consultas con expertos, obligaciones contraídas en resoluciones u otros acuerdos internacionales, o en negociaciones entre los coordinadores de los objetivos estratégicos en los distintos niveles de la OMS. Es precisamente esa carencia de medios que aumenten la focalización, tal y como se lo explicó en el Capítulo 1, lo que dificulta la asignación estratégica de recursos a nivel de la Organización (OMS, 2012).

Sin embargo, el proceso de asignación estratégica de recursos, teniendo en consideración las prioridades técnicas y la disponibilidad de recursos para los distintos objetivos estratégicos resulta un poco más sencillo en el marco del presupuesto por programas, lo cual se explicará en el siguiente apartado.

Por otro lado, en cuanto a los marcos de resultados generales de la OMS con los Estados Miembros, la manera en que han sido definidos tampoco favorece para una evaluación eficaz del desempeño. Puesto que en la práctica actual se mezclan los resultados, tomando en cuenta la capacidad o comportamiento de los Estados Miembros, con los productos concretos, es decir, con la contribución de la Secretaría, y no existe una jerarquía que priorice la consecución de ellos, lo que a su vez dificulta su seguimiento e impide diferenciar y evaluar el desempeño de la Organización en cuanto a su labor respecto a las necesidades de los Estados Miembros y su función más normativa. Asimismo, las metas son expresadas respecto al número de Estados Miembros que alcanzan un resultado específico, mas no se determina la contribución de la OMS para dicho fin, de hecho, las formas de juzgar su desempeño, son muy débiles (OMS, 2012).

### **3.1.2. Previsibilidad de la financiación y flexibilidad de los ingresos - contribuciones voluntarias vs. contribuciones señaladas**

Como se explicó anteriormente el marco de planificación actual de la OMS basado en resultados, se enmarca en un único presupuesto, el cual unifica todas las fuentes de financiación, es decir, tanto las contribuciones señaladas como las contribuciones voluntarias para la asignación de recursos a nivel de toda la Organización. Tal y como ya se lo mencionó en el capítulo II, existe una gran dependencia de las contribuciones voluntarias en la Organización, significando éstas el 75% del total de los ingresos en la OMS. Debido al carácter específico de este tipo de contribuciones, en varias ocasiones se producen divergencias entre las prioridades establecidas mediante consenso de los Estados Miembros y los recursos que se disponen para abordarlas (OMS, 2011).

El presupuesto por programas es la expresión última de la gestión operativa de la Organización, éste comprende toda la labor de la OMS financiada tanto por las contribuciones señaladas como por las contribuciones voluntarias. La Asamblea Mundial de la Salud es la encargada de aprobar el presupuesto por programas cada dos años, sin embargo, en el momento de hacerlo solo se establecen las contribuciones señaladas respectivas a cada Estado Miembro, mientras que las contribuciones voluntarias son definidas generalmente en el periodo de ejecución del presupuesto por programas, a través de acuerdos individuales. De esta manera, a menudo sucede que únicamente los programas en los que los donantes se encuentran interesados se encuentran bien financiados, y existen otros con financiación insuficiente, a pesar de que consten dentro de las prioridades acordadas a nivel de la Organización (OMS, 2012).

Cuando resulta viable, los fondos flexibles, es decir, las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias básicas, que incluyen dos clases de ingresos: *“fondos recibidos para apoyar el presupuesto por programas en general, que se consideran totalmente flexibles o muy flexibles; y fondos que están destinados a fines específicos dentro del presupuesto por programas, que se consideran fondos designados o medianamente flexibles”* (OMS, 2012:4); son dirigidas a esas áreas prioritarias, pero al ser el porcentaje de recursos flexibles proporcionalmente inferior al de recursos fijos, éstos son insuficientes para apoyar a todas las prioridades consensuadas en la Organización. Por lo general, el total de fondos flexibles que se dispone es



aproximadamente de un 35% del total de ingresos, del cual 25% corresponde a las contribuciones señaladas y el 10% a las contribuciones voluntarias básicas (OMS, 2011). Dicho de otra manera, esto funciona bien cuando coinciden las prioridades que no cuentan con financiamiento y las contribuciones voluntarias, pero como no siempre sucede así, dichas prioridades se ven desfinanciadas (OMS, 2012).

En el bienio 2010-2011, las contribuciones voluntarias para fines especificados fueron de USD 2.649.867.135 de un total de USD 3.068.776.545, mientras que las contribuciones voluntarias básicas apenas alcanzaron los USD 248.745.703. Cabe recalcar que el total de los fondos voluntarios también abarca los recursos para el fondo fiduciario USD 173.930.425, destinado a financiar acuerdos internacionalmente adoptados como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco o el Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis. Y el pequeño rubro pendiente (USD 425.151) corresponde al Fondo para Fines Especiales, también convenido previamente (OMS, 2012).

Lo que resulta contradictorio en esto, es que son precisamente esas áreas con un alto porcentaje de financiamiento las que sobresalen más en la Organización y es justamente esa visibilidad la que resulta atractiva para los fondos de los donantes, aunque no sean parte de las prioridades establecidas. Al mismo tiempo, se debe tomar en consideración otro desafío al que se enfrenta la Organización es el incremento de la carga de trabajo que ha significado para la OMS el apoyo a actividades financiadas a través de fondos voluntarios, lo que ha impedido también centrar los esfuerzos en las áreas prioritarias, desviándolos a éstos programas totalmente financiados, lo que las hace destacar aún más (OMS, 2012).

Ahora, el desafío al que se enfrenta la Organización es que mientras el nivel actual de las contribuciones señaladas no es suficiente para financiar la labor de la Organización, las proyecciones sugieren que las contribuciones voluntarias continuarán constituyendo la principal fuente de financiación de la OMS, por lo que los fondos voluntarios a pesar de su naturaleza imprevisible son necesarios para que la Organización pueda conseguir los resultados previstos. De hecho, la fuente de ingresos correspondiente a fondos voluntarios

aumentó de USD 2.618.527.583 en el bienio 2008-2009 a USD 3.068.776.545 en el bienio 2010-2011 (OMS, 2012).

Por otro lado, es importante también destacar que el problema de los recursos destinados a fines específicos no es el único al que se enfrenta la Organización, sino que también a otra serie de desafíos debido a la naturaleza imprevisible de las contribuciones voluntarias. A pesar de que en la etapa de la planificación operativa, como se lo mencionó anteriormente, se determinen las prioridades técnicas, los resultados y los costos previstos y se asignen los recursos en base a un análisis de la cantidad de recursos que posiblemente se consigan para los objetivos estratégicos y los distintos niveles de la OMS, no existe garantía de que la Organización contará con los fondos requeridos para su ejecución (OMS, 2012).

La realidad es que de manera general, al inicio de la ejecución del presupuesto por programas, únicamente se cuenta con un 50% de los fondos asegurados, por lo que la planificación por parte de la Secretaría de la OMS se ve entorpecida. De esta manera, los ingresos posteriores empiezan a ingresar a la Organización de manera irregular lo que produce ineficiencias en la ejecución de los programas puesto que no se puede planificar con tiempo ni se sabe a ciencia cierta si se contará con los recursos para todas las actividades en todas las áreas y en especial en lo referente a los recursos humanos (OMS, 2011).

Esto afecta a los tres niveles de la Organización, sin embargo, es en los países donde surgen la mayor cantidad de problemas puesto que aunque sus prioridades hayan sido explícitamente determinadas por medio de la estrategia de cooperación en cada país, los recursos financieros o humanos se obtienen únicamente para algunos objetivos estratégicos pero para otros no. Por lo que el nivel de financiación real resulta un determinante decisivo para el establecimiento de las prioridades y lo que en realidad se hace en la OMS (OMS, 2011).

### **3.1.3. Movilización de recursos**

A fin de contar con un sistema de financiación más flexible y predecible, un incremento de las contribuciones señaladas parecería una opción positiva,

sin embargo y pese a la estabilidad y previsibilidad de dichas contribuciones, en las circunstancias actuales es poco probable que los Estados Miembros decidan aumentarlas. Mientras que por otro lado, a pesar de la crisis financiera y la modificación de las prioridades mundiales de desarrollo, las contribuciones voluntarias han incrementado, como se lo mencionó en el apartado anterior. De hecho, las contribuciones voluntarias se triplicaron entre el año 2000 y el 2011, periodo en el cual la Organización ha logrado mantener o incluso incrementar los fondos de sus 20 donantes principales (OMS, 2012).

En la actualidad los principales Estados Miembros que aportan con contribuciones voluntarias a la Organización son: Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Noruega, Australia, Japón, Países Bajos, España, Suecia, Finlandia, Alemania, Francia, Luxemburgo (en orden de su aportación a la OMS). Por otro lado, otros donantes principales son: Fundación Bill y Melinda Gates, Asociación Rotaria Internacional y Alianza GAVI. Así como también otras Organizaciones del Sistema de Naciones Unidas que contribuyen con aportaciones voluntarias a la labor de la OMS: ONUSIDA, PNUD, UNFIP. Es importante destacar que los dos principales donantes son la Fundación Bill y Melinda Gates y Estados Unidos con contribuciones de USD 446.161.801 y USD 438.285.683 en el periodo 2010-2011 (OMS, 2012).

Dentro de este contexto y tomando en cuenta que los presupuestos nacionales se encuentran presionados por la crisis financiera actual, las contribuciones voluntarias tienen hoy más que nunca un papel vital para que la OMS pueda continuar con su labor a favor de la salud mundial. El reto consiste ahora en atraer a nuevos donantes o a más fondos y buscar nuevas vías de financiación, particularmente de fundaciones y entidades privadas y comerciales (OMS, 2012).

Sin embargo, para que esta búsqueda de más fuentes de financiación tenga éxito y en especial para que éstas se encuentren cada vez más vinculadas con las prioridades y resultados consensuados en la Organización, es necesario fortalecer la confianza entre los donantes para que apuesten a la OMS como la Organización con las mejores capacidades para invertir sus recursos en pro de la salud, para lo cual los donantes y principalmente los Estados Miembros con aportaciones voluntarias deben estar convencidos de

que existen las normas y las políticas establecidas a fin de que estas aportaciones resulten en ganancias absolutas.

Pero para ello queda un largo trabajo por hacer. En la actualidad, como se analizó en el Capítulo referente a la gobernanza sanitaria mundial, existe una enorme variedad de actores involucrados en el campo de la salud. De hecho en 2008 se estimó que 40 donantes bilaterales, 26 agencias de las Naciones Unidas, 20 fondos regionales y globales (como el GAVI y el Fondo Global de lucha contra el VIH y la Tuberculosis), 90 iniciativas de salud globales, más de 14.000 misiones sanitarias internacionales, así como un indeterminado número de ONG, agencias y otras organizaciones manejaban un presupuesto anual estimado de 22 mil millones de dólares, es decir, más de cinco veces el presupuesto de la OMS (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2011). Lo que demuestra que existen múltiples iniciativas invirtiendo sus fondos para mejorar la salud en el mundo no precisamente en la Organización creada para ello.

*A fin de persuadir a los donantes para que suministren financiación previsible y flexible es preciso introducir numerosos cambios en el área de gobernanza, en particular en lo concerniente al establecimiento de prioridades, el fortalecimiento de la eficacia institucional, el redimensionamiento del personal y su despliegue racional, el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas y la transparencia, la gestión eficiente de los gastos, y los controles financieros eficaces (OMS, 2012:21).*

Por otro lado, la carencia de una estrategia de movilización de recursos para toda la Organización junto a la falta de prioridades, enfoques y normas claramente definidas a las distintas categorías de donantes, menoscaban la capacidad de la OMS de aprovechar las oportunidades de movilización de recursos y limita aún más esfuerzos en la recaudación de fondos, tal y como lo estableció el informe de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna -IOS- en su informe en mayo de 2010 (OMS, 2012).

Sin embargo, la necesidad de tal estrategia no es algo nuevo. En el 2007, en el informe acerca de las contribuciones voluntarias en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas; su repercusión en la ejecución de los programas y las estrategias de movilización de recursos, la Dependencia Común de Inspección –DCI- de las Naciones Unidas reveló que algunas organizaciones habían realizado progresos considerables en la elaboración de estrategias para la movilización de recursos y recomendó a las

organizaciones del sistema de Naciones Unidas que aún no lo habían hecho, que solicitaran a sus jefes ejecutivos preparar dicha estrategia institucional a fin de ser examinada y aprobada por sus respectivos órganos legislativos (DCI, 2007).

La estrategia de movilización de recursos que actualmente existe al no abarcar a la Organización en su conjunto, es aplicada de manera compartimentada y su enfoque se encuentra fragmentado y descoordinado, lo que debilita aún más al sistema de financiación y limita las posibilidades de ingresos nuevos. Por lo tanto, una estrategia institucional de movilización de recursos revisada o una totalmente nueva se hace indispensable para poder tornar a la financiación de la OMS más previsible, flexible y sostenible, lo que permitiría también una mayor coherencia entre el financiamiento y las prioridades y a su vez fortalecería la gestión de la Organización para poder reprogramar los fondos en caso de desequilibrios en las contribuciones y transferir recursos con agilidad a fin de abordar a prioridades desfinanciadas y nuevas necesidades (OMS, 2012).

### **3.2. Políticas y prácticas en materia de Recursos Humanos**

*“La fuerza de la OMS radica en su personal”* (OMS, 2010:7), sin embargo, a fin de cumplir con el objetivo de atraer y retener a los mejores profesionales de la salud a nivel mundial para fortalecer la labor de la Organización en sus tres niveles, se debe superar varios retos en materia de gestión de recursos humanos en la Organización. En este sentido, en el presente subcapítulo se analizarán dichos problemas, de manera de evaluar si el personal de la OMS se encuentra adaptado a sus necesidades, para lo cual se examinará la normativa y las prácticas vigentes, y se utilizará informes que identifican retos en este aspecto.

#### **3.2.1. Desajuste entre la gestión de recursos humanos y el sistema de financiación de la OMS**

*“La fuerza laboral no está adaptada a la financiación de la Organización”* (OMS, 2011). Actualmente en la OMS no solo existe un desajuste entre la financiación y las prioridades y objetivos establecidos, sino que esta modalidad de financiación también impide una dotación de personal sostenible. Mientras que el financiamiento de la Organización se encuentra organizado alrededor de

proyectos a corto plazo, la política de recursos humanos existente incentiva al personal a buscar empleo a largo plazo (OMS, 2011).

En la actualidad, el proceso de planificación de recursos humanos no se encuentra integrado en el de planificación del presupuesto de la OMS, es por esto por lo que las estructuras de personal no se encuentran en armonía con los ingresos previstos ni con los resultados programados. De hecho, en el actual modelo de plantilla y los correspondientes tipos de contrato no se distingue entre las funciones de la Organización que requieren de una financiación asegurada a largo plazo y los proyectos que tienen una duración limitada y que se encuentran ligados a una financiación a corto plazo (OMS, 2011).

Asimismo, es importante tener en consideración que en la actualidad, más del 50% del presupuesto por programas es utilizado en gastos de recursos humanos (OMS, 2012). Y si a esto se añade el hecho de que el 75% de éste se encuentra financiado por contribuciones voluntarias, se puede comprender la presión financiera a la que se enfrenta la Organización.

De esta manera, el porcentaje de financiación flexible que existe no se ajusta a las necesidades de personal básico y no existe un alineamiento entre los flujos de financiación y cada tipo de función (OMS, 2012).

Por otro lado, un reto fundamental al que se enfrenta la OMS es que en algunos casos la ejecución de programas financiados con fondos específicos es subsidiada por las actividades básicas de la OMS a fin de asegurar su realización. En cambio, en algunas ocasiones, los contratos que no son de un funcionario permanente de la OMS son utilizados para satisfacer funciones básicas de la Organización o para gestionar los servicios institucionales, cuando esto debería ser abordado únicamente por ellos (OMS, 2011).

En este sentido, el problema fundamental de no poseer fondos a largo plazo ni previsibles ni flexibles menoscaba también la capacidad de la Organización para desarrollar y mantener un personal que pueda responder rápidamente a eventos que imponen nuevos retos o que requieren de nuevos conocimientos. Es así que la OMS se enfrenta cada vez más a una demanda de aptitudes profesionales del más alto nivel en campos especializados,

ámbitos en los cuales los conocimientos tanto teóricos como prácticos se encuentran en rápida evolución. Lo que pone en relieve la necesidad de que la Organización cuente con la capacidad de atraer profesionales con una preparación constantemente actualizada (OMS, 2010).

Por otro lado, es importante también mencionar que la crisis financiera y en general la prevalencia de restricción de los recursos han incrementado la necesidad de armonizar las prioridades programáticas con el entorno financiero a fin de que la OMS pueda continuar trabajando a favor de la consecución de sus principales objetivos. En consecuencia, alrededor de 30 departamentos a nivel central han realizado una evaluación de su orientación estratégica y las estructuras institucionales respectivas, *“lo que ha llevado a modificar los organigramas y las descripciones de puesto”* (OMS, 2011). En unos 20 casos la reestructuración fue sustancial y resultó en una equiparación del perfil del personal con las demandas de la nueva estructura, sin embargo, esta reestructuración también ha ocasionado la abolición de muchos puestos, y hasta noviembre de 2011 no se había podido reubicar a más de 150 funcionarios (OMS, 2011).

### **3.2.2. ¿Está el personal de la OMS adaptado a sus necesidades?**

*“La Organización necesita mayor flexibilidad para gestionar su personal con eficacia”* (OMS, 2011:3). Para la Organización también significa un problema la poca flexibilidad que existe en el actual modelo de dotación de personal para realizar modificaciones. Los costos correspondientes a la reasignación o al cese del personal son sumamente elevados lo que impide aún más responder con prontitud a las necesidades que surgen, interrumpir funciones en caso de que sea necesario y establecer obligaciones financieras adicionales a las previamente determinadas en el presupuesto por programas (OMS, 2011).

Es este uno de los motivos por los que la práctica actual en cuanto a movilidad y rotación del personal en los tres niveles de la Organización casi no se aplica, e incluso es diferente en cada uno de ellos. Esto pone en evidencia la carencia de una estrategia mundial general para la planificación de los recursos humanos en los distintos niveles de la OMS, mediante la cual se elabore un mapa de las funciones a largo plazo en consonancia con las prioridades, resultados y financiación (OMS, 2011).

Sin embargo, en los últimos años esta tendencia ha ido incrementando lentamente a medida que se ha ido reconociendo su importancia. En el 2011, se realizaron varios movimientos de personal no únicamente de un puesto a otro sino que también entre distintos lugares de destino. Este leve incremento de la movilidad es el producto del enfoque sistemático de reasignar funcionarios en algunas regiones de la Organización, particularmente la de África y la del Pacífico Occidental, del uso de la Lista Mundial para Jefes de las Oficinas de la OMS en los Países y de cuyos puestos fueron suprimidos debido a razones programáticas o financieras. Principalmente estos resultados se observan en la región del Pacífico Occidental puesto que su Oficina Regional ha aplicado de manera experimental un marco para la movilidad y la rotación mediante la determinación de la periodicidad de la movilidad del personal, por funciones y lugares de destino, y la adopción de una política de incentivos para estimular dicha movilidad (OMS, 2012).

De esta manera, se revela la necesidad de continuar elaborando listas mundiales que cuenten con descripciones genéricas o modelos de los puestos en todos los niveles de la Organización, ya que si fueran utilizados de manera más frecuente permitirían la aplicación más fácil de un mecanismo práctico para la rotación y movilidad, dado que se tendría a disposición un conjunto mayor de descripciones de puesto equivalentes o incluso idénticas. De este modo, la falta de disponibilidad de dichas listas menoscaba la coherencia entre los puestos, lo que a su vez impide que éstos sean accesibles a un número mayor de solicitantes (OMS, 2012).

Así pues, poco a poco este aspecto será cada vez más importante en las perspectivas de carrera del personal en toda la OMS, dentro y entre las oficinas regionales y las regiones. Sin embargo, el punto decisivo en este ámbito es el grado en que dicha movilidad debería ser obligatoria, tomando en consideración la gran proporción técnica de la labor de la Organización lo que hace poco factible que ésta pase a ser obligatoria de manera inmediata para todo el personal. Aunque como ya se mencionó anteriormente, en algunos cuadros la movilidad es ya obligatoria como el caso de los Jefes de las Oficinas de la OMS y el personal de contratación internacional de la Región del Pacífico Occidental (OMS, 2012).



Además de la fuerza de trabajo inflexible existente en la Organización, el proceso de contratación de personal es sumamente complejo y largo lo que dificulta la contratación rápida de personas que cuenten con las competencias y aptitudes requeridas para llevar a cabo el programa de trabajo de la OMS, y que se puedan ajustar a las necesidades programáticas cambiantes siendo desplegadas a los lugares requeridos, y en especial que el tipo de contrato pueda adaptarse a un costo razonable y respetando los derechos del personal (OMS, 2011).

El problema de los procesos de contratación radica en que faltan estrategias mediante las cuales se estimule el uso de descripciones de puestos de carácter genérico y se establezcan listas mundiales de los candidatos que han sido seleccionados para contar con una mayor sinergia en los distintos niveles a través de un proceso de contratación conjunta. Aunque este ha sido ya aplicado con resultados positivos, especialmente en la contratación de los Jefes de las Oficinas Regionales de la OMS, que demuestran la importancia decisiva de este trabajo conjunto ya que su uso frecuente contribuye a disminuir la carga de trabajo y el tiempo que tarde el examen de cada puesto (OMS, 2011).

Los principios fundamentales en el nombramiento de nuevos funcionarios son los de imparcialidad, transparencia e igualdad de oportunidades. Sin embargo, los mecanismos para la promoción de los funcionarios con un gran desempeño sumado a la planificación para llenar las vacantes de puestos clave son débiles, por lo que se requiere de una mejor programación de la sucesión a fin de que se facilite el reconocimiento a dicho personal (OMS, 2011). *“El instrumento para la gestión y mejora del desempeño no se utiliza suficientemente para evaluar el desempeño y el desarrollo de los funcionarios y adoptar medidas en consonancia”* (OMS, 2011:35).

Por otro lado, en la actualidad la Organización no utiliza de manera eficaz los contratos que no son de funcionarios de la OMS, por el contrario se contrata personal nuevo para los programas que crecen, en lugar de utilizar los contratos con los consultores y otro tipo de contratos que podrían ser convenientes, o incluso trabajar con la red de Centros Colaboradores y otros asociados (OMS, 2012).

### **3.2.3. Informes previos- Identificación de retos en materia de gestión de recursos humanos de la OMS**

Aunque los retos detallados en los apartados anteriores respecto a la gestión de recursos humanos han sido identificados mayormente a partir del 2011, especialmente en la Reunión Extraordinaria del Consejo Ejecutivo llevada a cabo del 1 al 3 de noviembre del mencionado año, dichos retos se encontraban ya dentro de las prioridades de cambio de la Organización desde hace mucho tiempo.

La Dependencia Común de Inspección -DCI- de las Naciones Unidas, el órgano del sistema encargado de dar una opinión independiente, en base a sus funciones de inspección y evaluación de asuntos administrativos, financieros y en general de gestión, a los organismos especializados y demás organizaciones internacionales del sistema que hayan aceptado su estatuto, con la finalidad de que mejoren la eficiencia de la gestión, los mecanismos utilizados y exista un debido uso de los recursos disponibles (DCI, 2012).

En el año 2001, esta dependencia realizó un informe respecto a la gestión de la OMS. En él se establece que una reforma integral de la gestión en materia de recursos humanos en la Organización se reconoce desde hace mucho tiempo, recalcando en el mismo el hecho de que en 1997, el Director General de ese entonces presentó al Consejo Ejecutivo un informe sobre la política y las prácticas de personal en el que ya se destacaba la necesidad de realizar una revisión del modelo de dotación de personal, así como también de adoptar un sistema más flexible de contratos de empleo (DCI, 2001).

En el informe de la Dependencia también se identificó que era característico de la Organización contar con un personal de edad avanzada, así como también que los avances hacia la diversificación de dicho personal respecto a su distribución por sexos y países habían sido irregulares. En este sentido, la DCI recomendó a la OMS que se realizaran reformas en cuanto a la gestión de los recursos humanos, para lo cual era necesario redefinir la función del nivel central de la Secretaría de la Organización respecto a las oficinas regionales y los grupos orgánicos, así como contar con un sistema de información de recursos humanos, el cual sea actualizado, integrado y operacional. Por otro lado, el informe también sugería otras reformas en cuanto

a la mejora de los procesos de contratación, dado que se identificó una alta dependencia del personal contratado a corto plazo (DCI, 2001).

En el informe se recomendaban también medidas como la elaboración de un inventario de las aptitudes del personal que se disponían en todos los niveles de la OMS, la actualización, registro y uso habitual las listas de especialistas consultando con las dependencias técnicas correspondientes, así como el establecimiento de una real rotación entre los funcionarios del cuadro orgánico (DCI, 2001).

Diez años más tarde, en enero de 2011, la Red de Evaluación del Desempeño de Organizaciones Multilaterales –MOPAN- por sus siglas en inglés, elaboró un informe sobre la OMS. Se trata de una Red conformada por 16 países donantes cuyo interés común es la evaluación de la eficacia institucional de las principales organizaciones multilaterales financiadas por ellos. Estos se comprometen a realizar evaluaciones conjuntas, compartir información y aprovechar la experiencia mutua en el seguimiento y evaluación de dicha eficacia. Sus miembros son Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Noruega, República de Corea, España, Suecia, Suiza y Reino Unido (MOPAN, 2012).

En el mencionado informe se estipulaban varios puntos en los cuales la Organización podría realizar reformas en numerosas áreas para obtener mejores resultados, principalmente en la de recursos humanos. Para la preparación de dicho informe se realizaron varias encuestas cuyos resultados sobre la gestión de recursos humanos no fueron los más alentadores para la OMS, pues obtuvo las calificaciones más bajas (MOPAN, 2011).

Asimismo, en la evaluación los miembros de la Red consideraron que el sistema de evaluación del desempeño de la Organización, la transparencia del desempeño del personal y el sistema de contratación del mismo eran deficientes. De manera particular mostraron su preocupación respecto a los mecanismos de selección basada en los méritos. Sin embargo, el mencionado informe identificó también que en la Organización existían elementos de un sistema de gestión de los recursos humanos basada en el desempeño, lo que ponía en evidencia una discordancia entre la teoría y la práctica (MOPAN, 2011).

### **3.3. Eficacia organizativa y administrativa de la OMS**

Una vez que se han detallado dos elementos de suma importancia para una gestión eficiente de la Organización, el sistema de financiación y la gestión de recursos humanos, es importante analizar también otros componentes esenciales en la labor administrativa de la OMS como son los mecanismos y prácticas en cuanto a la rendición de cuentas, transparencia y evaluación interna, así como también la coordinación existente entre los tres niveles de la Organización.

#### **3.3.1. Rendición de cuentas y transparencia en la Organización**

En el 2011, el *Multilateral Aid Review: Ensuring maximum value for money for UK aid through Multilateral Organizations* publicó un informe en el que determinaba varios desafíos a los que la OMS debía hacer frente en materia de gestión y eficacia institucional. Dicho informe señalaba que se necesitaba realizar una mejora en el enfoque estratégico y su labor en los países, así como también en cuanto a la información sobre los resultados obtenidos, la gestión financiera y la transparencia (OMS, 2012).

De manera general, el documento determinaba que la solidez institucional era débil, y especificaba algunos problemas especialmente la carencia de mecanismos para la evaluación de la eficacia institucional, de una cadena de resultados clara, de un sistema organizado para el seguimiento de las evaluaciones, entre otros. Asimismo, este informe señalaba algunas deficiencias en áreas vinculadas a la contribución para la obtención de resultados, la gestión estratégica así como también al desempeño, la transparencia y estructuras de rendición de cuentas (OMS, 2012).

En el mismo año, los mencionados problemas de eficiencia organizativa y administrativa de la Organización fueron manifestados por la MOPAN, que señaló algunas áreas en las que se podrían realizar mejoras. Entre otras, la provisión de orientación respecto de los resultados, la atención institucional enfocada en los resultados, el uso de información sobre el desempeño, el vínculo del apoyo para la gestión con el desempeño, la presentación de información sobre el desempeño, y el seguimiento de los resultados externos (OMS, 2012).

En el transcurso de los últimos años los Estados Miembros han expresado su inquietud por la necesidad de fortalecer la evaluación del desempeño en la OMS. El Sistema Mundial de Gestión, es un instrumento de rendición de cuentas que contiene una gran cantidad de información, pero la evaluación de dicha información continúa siendo insuficiente. Es así que no existen los informes necesarios que cuenten con resultados significativos, validados, oportunos y sistemáticos, así como también existe una carencia de evaluaciones de recursos disponibles y los gastos relacionados con el presupuesto (OMS, 2012).

La Oficina de Servicios de Supervisión Interna tiene un mandato amplio, cuya finalidad es la de proporcionar servicios de auditoría interna y evaluación a la Organización, sin embargo, cuenta con una reducida capacidad y los recursos que dispone no son suficientes para abarcar la auditoría y la supervisión de manera integral y basada en los riesgos (OMS, 2012).

Si bien es cierto que en la actualidad existen a nivel interno varias políticas y procesos previamente instituidos en el marco de rendición de cuentas, la realidad es que no se cuenta con un repositorio único y de acceso fácil, no existe un formato sistematizado, lo cual impide una observancia oportuna y por el contrario, resulta en una sumamente escasa. Además la formulación y divulgación de políticas suele darse mediante varios canales, sin existir una guía clara ni una división de responsabilidades en ese aspecto. No existe una política de revelación de información que incluya políticas sobre la publicación de documentos de política interna (OMS, 2011).

Asimismo, a pesar de que se cuenta con mecanismos de control la Organización no cuenta con medios concretos y sistematizados para hacerlos cumplir. Aunque las políticas requeridas se encuentran establecidas, su cumplimiento y seguimiento son incompletos, y de hecho, los encargados de las políticas institucionales únicamente cuentan con un mandato limitado en relación a su seguimiento y vigilancia, lo que provoca que tanto los ejecutores como el personal encargado de aplicar y monitorear dichas políticas no pueden ni comprenderlas plenamente ni realizar una observancia y evaluación oportuna, lo que impide una vigilancia sistemática del cumplimiento y medidas de gestión para los casos de incumplimiento (OMS, 2011).

Adicionalmente también es importante mencionar que en el marco de planificación actual, mediante los objetivos estratégicos y en las oficinas principales, las responsabilidades no se encuentran claramente divididas y definidas en todos los niveles de la Organización (punto el cual se detallará posteriormente), lo cual produce imprecisiones y ambigüedades en cuanto a la rendición de cuentas sobre los resultados y los recursos (OMS, 2011).

Si bien la vigilancia es un componente fundamental para la promoción de la rendición de cuentas, la OMS al contar con metas de desempeño que no son cuantificables y son muy poco realistas, una evaluación rigurosa del desempeño se vuelve poco factible. Lo que genera la necesidad de contar con una mayor especificidad y detalle en la presentación de información al respecto mediante el empleo de un conjunto de indicadores estándar del desempeño (OMS, 2011). *“La OMS necesita mejores métodos para garantizar que el personal y los tres niveles de la Organización rindan cuentas sobre los resultados”* (OMS, 2011:5).

Un punto que hay que destacar es que a diferencia de la información que es presentada a los donantes, puntual y validada acerca de los resultados y recursos de la OMS, la información que se proporciona a los Estados Miembros es relativamente escasa. Mientras que los informes suministrados a los donantes cuentan con un número mayor de detalles financieros y evaluaciones más minuciosas de los resultados alcanzados los que son presentados regularmente a los órganos deliberantes carecen de dicha especificidad y detalle (OMS, 2011).

Por otra parte, la rendición de cuentas correspondiente a los Estados Miembros y los mecanismos para cuantificar y verificar su compromiso y cumplimiento con las metas y objetivos establecidos continúan siendo ambiguos. A pesar de que en el Artículo 62 de la Constitución de la OMS se establece que *“cada Miembro rendirá un informe anual sobre las medidas tomadas respecto a la recomendaciones que le haya hecho la Organización, y respecto a convenciones, acuerdos y reglamentos”* (OMS, 2009:15), sin embargo, no existen medios para hacer seguimiento y evaluación de este cumplimiento.

Otro aspecto importante de la transparencia y la rendición de cuentas son las políticas existentes sobre conflictos de intereses y divulgación de información, las mismas que son insuficientes para enfrentar la creciente

complejidad del campo sanitario mundial y sus múltiples actores involucrados como se detalló en el capítulo de gobernanza. De esta manera, resulta indispensable reforzar la política global en esta materia, incluyendo la política para expertos externos que fue difundida en el 2010, el proceso de evaluación de los conflictos de intereses del personal y en general se requieren medidas dirigidas a hacer frente a los conflictos institucionales. A este respecto, se ha discutido ya varias veces dentro de la Organización la necesidad de establecer una Oficina de Ética (OMS, 2011).

### **3.3.2. Política de evaluación y mecanismos de supervisión de la evaluación**

Los mecanismos de evaluación tienen suma importancia en el análisis y mejora del desempeño de la Organización así como en el respaldo al desarrollo institucional. Hace 10 años, en el 2002, la Organización elaboró un marco de gestión del programa, enfocado en la vigilancia, la evaluación y la presentación de informes. Dicho marco incluía una serie de directrices que presentaban a la evaluación en el marco de los principios de la gestión basada en los resultados y se diferenciaban cuatro tipos de evaluaciones del programa de la OMS: las evaluaciones de la ejecución del presupuesto por programas, es decir los informes de evaluación de la ejecución del presupuesto al final de cada bienio; las evaluaciones programáticas; las evaluaciones temáticas y las evaluaciones por países (OMS, 2011).

Posteriormente en el 2006 se establecieron directrices de evaluación, con la finalidad de describir la aplicación de la evaluación en la Organización y las responsabilidades en este aspecto y principalmente para orientar la labor de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (OMS, 2011).

Dentro de este contexto a partir del 2003 la Secretaría de la OMS ha incrementado el número de evaluaciones tanto programáticas como temáticas y por países en todos los niveles de la Organización. La mayor parte de ellas son evaluaciones programáticas realizadas anualmente, pero no existe un seguimiento sistemático de las recomendaciones establecidas en dichas evaluaciones por lo que su contribución al aprendizaje institucional y a la gestión de conocimientos es menor (OMS, 2011).

Asimismo, si se lo analiza desde una perspectiva institucional más amplia, la OMS no ha tenido mayor éxito en cuanto a la promoción de una cultura de la evaluación y de enfoques participativos respecto a las evaluaciones, así como también el desarrollo de la capacidad de evaluación en todos los niveles ha sido escaso. Esto es producto de la ausencia de disposiciones institucionales respecto a la función de evaluación, a pesar de la importancia que ésta tiene. Un gran ejemplo de esto es el hecho de que la Organización no cuente con un mecanismo directo de supervisión de los órganos deliberantes. *“La OMS carece de un mecanismo arraigado de supervisión de la evaluación por los órganos deliberantes”* (OMS, 2011:6).

Sin embargo, en deliberaciones recientes y a medida que se ha ido reconociendo el problema que esto representa para la Organización en su desarrollo institucional y gestión eficaz, se ha determinado la posibilidad de utilizar algún arreglo institucional disponible mediante el cual los órganos deliberantes podrían encargar, supervisar y realizar evaluaciones independientes de la labor de la OMS. Entre ellos, se encuentra la posibilidad de seleccionar expertos independientes, ampliar el mandato de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna o establecer un órgano independiente que informe de manera directa al Consejo Ejecutivo (OMS, 2011).

Otra razón es la falta de un mecanismo eficaz para la asignación presupuestaria que impulse la función de evaluación mediante su financiamiento, es por este motivo por el cual la mayor parte de las evaluaciones que se llevan a cabo dentro de la OMS se las continúa encargando a los distintos programas técnicos, quienes además de tener otras funciones técnicas no son un actor independiente ya que se trata de la evaluación de su propio desempeño (OMS, 2011).

Por otra parte, la evaluación también tiene una importancia decisiva en la Organización debido a su contribución fundamental a la labor de ésta dado que fortalece la rendición de cuentas de cara a los interesados directos. Si bien la evaluación externa independiente, profunda y realizada periódicamente puede constituir un gran aporte para la mejora del desempeño de las organizaciones internacionales y contribuir a su desarrollo, la OMS es una de las pocas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que no cuenta con una política de evaluación avalada por sus órganos deliberantes y que



además no hace públicos sistemáticamente los informes de evaluación (OMS, 2011).

Las evaluaciones de la labor de la OMS son realizadas por encargo y se llevan a cabo en tres niveles distintos: el nivel del sistema de las Naciones Unidas, a través de la Dependencia Común de Inspección; la Organización en su totalidad, mediante la Oficina de Servicios de Supervisión Interna; y a nivel descentralizado por medio de los programas individuales de la Organización. Sin embargo, la OMS no dispone de un mecanismo destinado a que los órganos deliberantes encarguen a quien corresponda y supervisen las mencionadas evaluaciones, por lo que no existe una vigilancia y monitoreo adecuado que contribuya a mejorar la eficacia institucional (OMS, 2011).

Gran parte de las evaluaciones externas se encargan a algún asociado o a un grupo de asociados. De esta manera, puede limitarse a la OMS o también se puede encomendar a otros organismos que pueden estar dentro o no del sistema de las Naciones Unidas, como por ejemplo la Red de Evaluación del Desempeño de Organizaciones Multilaterales y el Examen de la Ayuda Multilateral del Reino Unido, quienes han presentado informes recientes que incluyen la evaluación de la gestión de la OMS, como se ha detallado ya en apartados anteriores. Lo curioso de esto es que los resultados de dichas evaluaciones externas si se hacen públicos (OMS, 2011).

A pesar de que se trata de dos elementos independientes la evaluación se encuentra vinculada con la vigilancia sistemática del desempeño y el uso de los recursos, una función esencial para la rendición de cuentas. La evaluación es permanente y resulta en un componente integral para cada etapa del ciclo de programación, en cada ciclo de planificación y presupuestación de la Organización es incluido un plan de evaluación. En este aspecto, existen dos tipos de evaluación, la evaluación formativa cuyo fin es mejorar los programas y la evaluación sumativa o acumulativa la cual examina los resultados o productos de los programas (OMS, 2011).

En este sentido, se evidencia la necesidad de institucionalizar desde una perspectiva integral el seguimiento y la evaluación de la OMS a partir de dos enfoques. En primer lugar a través del fortalecimiento de los mecanismos que ya existen por medio del establecimiento de una política de evaluación de

la Organización que se base en las mejores prácticas a fin de que se aplique tanto a las evaluaciones realizadas en la OMS como a las encargadas externamente. Y por otro lado también mediante la aplicación de un mecanismo para llevar a cabo una evaluación independiente de alto nivel, con el liderazgo de los órganos deliberantes, a fin de que tenga un impacto e influencia de gran relevancia (OMS, 2011).

### **3.3.3. Eficacia, coordinación y eficiencia entre los distintos niveles de la OMS**

La OMS tiene un papel clave como proveedora de conocimientos en el ámbito de la salud pública. Al ser una Organización basada en el conocimiento, su labor central se basa en recopilar, analizar y distribuir una lluvia de información originada en muchas fuentes, y la remite a los gobiernos, el público y otras partes involucradas en la salud a fin de apoyar la elaboración, la implantación y la evaluación de intervenciones sanitarias eficaces y sistemas de salud eficientes (OMS, 2012). *“Esta dimensión de la labor de la OMS requiere una gestión sólida del conocimiento”* (OMS, 2012:1).

La Organización cuenta con una estructura descentralizada, con oficinas en los países, oficinas interpaíses o subregionales, oficinas regionales y la Sede. Este aspecto debería constituir una ventaja para una labor eficaz y desempeño de las funciones principales de cada nivel de la OMS, sin embargo, un gran problema de eficacia al que se enfrenta la Organización es que las funciones y responsabilidades tanto de la Sede como de cada Oficina Regional no se diferencian de manera clara en la estructura actual del presupuesto por programas (OMS, 2012).

De esta manera, el débil empoderamiento que tienen las oficinas en los países impide un desempeño eficaz de sus funciones principales: fortalecer las capacidades nacionales, proporcionar asesoramiento normativo y conocimientos técnicos o ser el intermediario con esa finalidad, facilitar y coordinar la interacción de los asociados en el campo sanitario, facilitar la contribución de los países a la salud tanto regional como mundial y liderar la respuesta internacional a las emergencias de salud pública. La importancia del papel desempeñado por los países en su aporte a satisfacer las necesidades de los mismos, por contar con un contacto más directo, pone en evidencia la necesidad de que sus oficinas en cada país cuenten con mayor autoridad,

garantizando siempre un aumento de la rendición de cuentas, así como también la necesidad de una redistribución de los recursos financieros y humanos de la Sede y las oficinas regionales a las oficinas de los países. Además, esto permitiría una mejor colaboración de las oficinas en los países con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas lo que conllevaría a un incremento del apoyo a los distintos países (OMS, 2011).

El problema existente también radica en una falta de coordinación eficiente entre la Sede y las oficinas regionales para prestar apoyo a los países lo que se deriva muchas veces en casos de duplicación de esfuerzos. En este sentido, se identifica una carencia en la división de trabajo y reconocimiento de que la complementariedad es necesaria, la inexistencia de procedimientos operativos estándar, pero principalmente y como se lo mencionó previamente, la falta de determinación del nivel correspondiente a cada aspecto de la labor de la OMS y la manera en que se debe coordinar con los demás a fin de evitar dichas duplicaciones.

Ahora, si bien a lo largo de este trabajo se ha recalcado la importancia del establecimiento de prioridades vinculadas a las necesidades de los países, resulta evidente también que la labor de la OMS en los países se encuentra respaldada por una serie de funciones tanto normativas como analíticas llevadas a cabo, especialmente pero no de manera exclusiva en la Sede y en las oficinas regionales, funciones esenciales en la Organización. Indiscutiblemente la labor normativa debe dar respuesta a las necesidades de los países, sin embargo, esas necesidades no alcanzan por sí solas para establecer las prioridades. De hecho, una parte de la labor normativa tiene como finalidad que la Organización se pueda adelantar a los acontecimientos y brindar orientación acerca de tendencias y amenazas futuras (OMS, 2011).

Por otro lado, al tener actualmente una importancia relevante y una gran amplitud la labor de la OMS en la labor normativa, se evidencia una falta de estructuración sólida de los numerosos aspectos de esta esfera en la que se cuenta con prioridades definidas a fin de especificar límites, alcance, arreglos institucionales y los costos de las actividades normativas y de establecimiento de estándares. En este aspecto, tampoco existe un mecanismo determinado para la evaluación de los resultados y la eficacia de esta labor en la Organización (OMS, 2012).

Es importante también destacar que cada categoría de trabajo en el Programa General de Trabajo aborda dos tipos de actividades, las normativas y las de apoyo técnico, y muchas veces en la labor general de la Organización resulta difícil la separación y diferenciación de estos dos tipos de funciones de la OMS. Sin embargo, dicha distinción entre labor normativa y de apoyo a los países es primordial no únicamente en lo que respecta a las funciones de los diferentes niveles sino que también en cuanto a los resultados alcanzados (OMS, 2012).

Mientras que las actividades realizadas por las oficinas regionales y la Sede en su función de apoyo a los países favorecen a los resultados programáticos en cada país, las actividades normativas pueden comunicar la actuación del personal, sin embargo, el éxito de dichas actividades debe ser medido no únicamente en relación a lo que sucede en cada país, sino que también en cuanto a su impacto en las políticas y prácticas de éstos y de instituciones asociadas (OMS, 2012).

A fin de comprender mejor esa distinción es importante ilustrar con el ejemplo del tratamiento del VIH/SIDA. La Organización tiene un papel sumamente importante en la elaboración de directrices terapéuticas reconocidas internacionalmente y la precalificación de medicamentos. Sus éxitos en ese aspecto son medidos en cuanto al número de gobiernos y organismos de financiación que adoptan dichas normas y a la variación de la disponibilidad a nivel mundial y precios de dichos medicamentos. Sin embargo, la Organización también presta apoyo a los países a aplicar esas directrices, y en este caso, sus logros se miden respecto al impacto en los programas nacionales. A pesar de que la OMS se centra de igual manera en los dos tipos de labor, en la actualidad, los resultados medidos suelen centrarse en el impacto en cada país (OMS, 2012).

A lo largo de este capítulo se pone en manifiesto los retos a los que la OMS se enfrenta también en cuanto a su gestión interna. El personal de la Organización, a pesar de ocupar un rol de suma importancia dentro de la misma, no se encuentra adaptado a sus necesidades pues las políticas y prácticas vigentes no favorecen a una contratación, rotación, despliegue, desempeño y en general gestión eficiente del mismo. Asimismo, la inflexibilidad e imprevisibilidad de la mayoría de los fondos que ingresan a la Organización

limitan también esa gestión, y menoscaban el accionar eficaz en toda la OMS. Y si a todo esto se suma la falta de coordinación entre los tres niveles, la carencia de mecanismos formales para medición del desempeño, la falta de una cultura de evaluación y supervisión de la misma; los sistemas de rendición de cuentas y transparencia se ven debilitados afectando así el desempeño global de la OMS.

En consecuencia, se pone en evidencia la necesidad de realizar reformas en este ámbito dirigidas al fortalecimiento de la eficacia y eficiencia institucional, que permitirían a la Organización mejorar su desempeño también en el área de gobernanza, contando así con las condiciones necesarias para atraer más fondos flexibles y poder abordar las prioridades establecidas en la Organización y que deberían ser el motor de ésta.

De hecho, como los institucionalistas afirman:

*Las instituciones pueden proporcionar información, reducir los costes de transacción, hacer los compromisos más creíbles, establecer puntos focales de coordinación y, en general, hacer posible el funcionamiento de la reciprocidad. Su construcción puede bloquearse no sólo por los intereses en conflicto sino también por las dificultades en generar compromisos creíbles o mantener las condiciones necesarias para que opere la reciprocidad (BAYLIS, 2008:137).*

### **3. ANÁLISIS**

Tras un análisis de la situación sanitaria mundial en la actualidad, se pueden evidenciar múltiples retos en términos de desarrollo a los que se enfrentan las poblaciones del mundo, ya no únicamente los países menos desarrollados sino que también los más adelantados, lo que sugiere un replanteamiento de la agenda sanitaria de la comunidad internacional.

Existen muchos desafíos en cuanto a la consecución de los ODM, sus progresos desiguales dentro y entre los países y la falta de cumplimiento a tan sólo tres años del término del periodo para el que fueron establecidos resaltan la necesidad de continuar con el debate sobre este tema y especialmente sobre las políticas que se establecen con ese fin, no solo a nivel de la Organización sino que también a nivel país.

En realidad, el problema no son los ODM en sí, ya que no se puede negar su importancia en la búsqueda del desarrollo y mejora de las condiciones sanitarias mundiales, pero el debate deja a un lado otras cuestiones como la inclusión de temas no considerados propiamente en su elaboración, como la injusticia social, las diferencias en el acceso a los servicios sanitarios, nuevos retos sanitarios mundiales y otras brechas sociales que excluyen particularmente a los grupos menos favorecidos y de manera particular, no se toma en cuenta un debate profundo que incluya las estrategias que se promueven para alcanzar dichos objetivos.

En este aspecto, es evidente que la OMS tiene una responsabilidad sumamente importante tanto en la elaboración y promoción de dichas estrategias a nivel mundial como en el apoyo a los países para la aplicación de las mismas. Principalmente la Organización debería contar con las capacidades necesarias para apoyar a los países en el cumplimiento de las mismas, pero los resultados obtenidos demuestran que los esfuerzos desplegados en sus funciones de vigilancia y evaluación de los progresos realizados no han sido suficientes.

De esta manera, su rol en la redefinición de los objetivos de desarrollo después del 2015 es de suma importancia puesto que las desigualdades en los avances logrados hasta la actualidad reflejan claramente la necesidad de que

la OMS trabaje en mejorar sus capacidades para contar con las condiciones necesarias para hacer frente a los desafíos descritos y poder ultimar el trabajo inconcluso en esta materia. Especialmente y frente a la complejidad tanto en número como en naturaleza de los distintos actores involucrados en la formulación de estos objetivos, como sucede en todos los debates de desarrollo, la Organización debe ser capaz de utilizar su poder de convocatoria para obtener un solo mensaje del sector salud, a fin de ejercer una influencia significativa en los resultados que se obtengan, posicionando así las nuevas prioridades sanitarias en el mundo, y no como ha venido sucediendo hasta hoy, como se evidencia también en el fracaso de los logros alcanzados respecto a la consecución de los ODM. Pero por otro lado, la Organización también tiene la responsabilidad de velar por que los objetivos de desarrollo relacionados con la salud que se defiendan estén en armonía con las prioridades globales de la OMS, es decir con las que se establezcan en el próximo Programa General de Trabajo, haciendo énfasis en su programación en el papel esencial que tiene la salud para el desarrollo de los países.

Sin embargo, no solo los ODM deberían tener un papel central en esta definición sino que también las prioridades que se establecen deben determinarse no únicamente a través de un análisis exhaustivo de los nuevos retos sanitarios mundiales que ameritan darles prioridad sino que también a través de un enfoque que tome en cuenta las funciones y las capacidades de la OMS para lograr resultados en especial, en las que tiene un papel central. En este sentido, el análisis de los criterios actuales para establecer las prioridades en los instrumentos de programación, muestra claramente un enfoque estratégico acertado al dar importancia a los cambios coyunturales sanitarios, así como a las ventajas comparativas con las que cuenta la Organización.

El problema principal radica en la manera en que dicha programación se encuentra enfocada para la consecución de los objetivos en cada nivel de la Organización, especialmente en los países. Es así, que se plantea la interrogante de cómo se abordan las prioridades específicas a nivel país, especialmente cuando éstas no se encuentran reflejadas en el Programa General de Trabajo, tomando en cuenta además que si no son incluidas en los instrumentos de programación estratégica, no se les asigna los recursos suficientes.

De esta manera, la práctica actual de este proceso no posiciona las necesidades de los países como punto de partida para el establecimiento de prioridades. Es decir, las Estrategias de Cooperación en los Países, si bien constituyen un poderoso instrumento en la labor de la Organización con cada Estado Miembro, no proporcionan el beneficio real que tienen para la elaboración de los instrumentos de programación a nivel global, puesto que el análisis conjunto de los retos y las demandas en salud de cada uno revelan puntos comunes que podrían ser un factor decisivo a la hora de combinar esa serie de criterios. Sin embargo se puede apreciar que en la actualidad no existe mayor sinergia entre los instrumentos de programación y las prioridades establecidas desde las necesidades de los Estados Miembros, y si la hay sólo queda en la teoría mas no en la práctica.

Sin embargo, en este aspecto es importante también destacar que a pesar de que se intente dar espacio a temas prioritarios en la programación estratégica mediante un profundo análisis de la situación sanitaria del momento y las capacidades de la OMS, al tratarse de una Organización global, en la práctica resulta difícil abarcar todas las prioridades por las que los Estados Miembros y las Regiones abogan. Por lo que otra interrogante que se presenta es la de en qué debería centrarse la OMS y en qué podría ser discrecional. De hecho, parecería ser que la enorme ampliación de sus actividades y la falta de especialización, es justamente lo que ha desvirtuado las funciones esenciales de la Organización, como su capacidad de ofrecer liderazgo en temas sanitarios. No obstante, la OMS actúa en respuesta a la demanda de los Estados Miembros, quienes con sus expectativas cada vez mayores exigen más funciones de la Organización de las que ésta se encuentra en capacidad de realizar, y en muchos casos los países no se centran en revisar la labor que la Organización lleva a cabo en su país y que las causas para el fracaso de los sistemas sanitarios puede hallarse también en la administración de sus políticas y recursos públicos. Incluso se pone en manifiesto la necesidad de una revisión de la eficiencia en el manejo de la asistencia que la OMS ofrece en cada país.

Ahora, si bien es cierto que existen problemas sanitarios comunes entre los países, muchos de ellos trascienden las fronteras de la salud como se pudo apreciar a lo largo del trabajo. Sin embargo, en este ámbito es evidente que queda mucho trabajo por realizar puesto que aunque en algunos aspectos se



hayan aprobado medidas a nivel político, en la práctica existen varias falencias y pocos resultados en posicionar a la salud por encima de cualquier interés de otra índole, en especial el comercial e industrial. De esta manera, se evidencia la necesidad de un trabajo más intenso de la OMS en este campo, a fin de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, a medicamentos de calidad y que puedan gozar de su derecho a la salud independientemente de su condición social y económica.

Es precisamente en este punto en el cual se evidencia que las prioridades que orientan la labor de la Organización muchas veces no reflejan el carácter transversal de varios temas como los determinantes sociales de la salud y las intervenciones multisectoriales. Para este caso, también se pone en manifiesto la débil capacidad de los países para ofrecer servicios sanitarios esenciales para todos los miembros de la sociedad, así como la falta de capacidades nacionales para contar con sistemas de información fortalecidos para el análisis de los determinantes sociales en la salud que permitan la adopción de políticas públicas que abarquen múltiples frentes en las que la salud tenga un papel central. Es así que el avance hacia la cobertura sanitaria universal se ve entorpecido, pues las inequidades en salud son cada vez más marcadas lo que limita el acceso a los servicios.

Para esto, resulta indispensable la disponibilidad de datos fidedignos de la salud que proporcionen información confiable para la elaboración de dichas políticas y toma de decisiones no solo en los países sino que también en la Organización, pues los datos reales suelen estar encubiertos por promedios nacionales y asimismo, los datos mundiales en varias circunstancias no reflejan las realidades de los países en desarrollo. En este aspecto, la OMS se enfrenta a dos problemas, primero en el cómo garantizar que esa información sea utilizada de manera eficiente y tenga un impacto real en la implantación de políticas públicas y que sus resultados puedan ser medibles y evaluados; así como también en esa débil capacidad nacional para recopilar la información. En consecuencia, falta que la Organización promueva un trabajo conjunto más de cerca entre los investigadores y los órganos deliberantes para que los resultados de la recolección de datos se encuentren en coherencia con los procesos de elaboración de políticas.

Pero éste no es el único aspecto de la labor de los órganos deliberantes que evidencia la necesidad de una mejora. De hecho, tras el análisis de su funcionamiento actual se observa que la gobernanza interna de la OMS requiere ser fortalecida, en especial debido a la falta de un enfoque más estratégico, sistemático y disciplinado en el establecimiento de prioridades, la adopción de resoluciones y seguimiento de las mismas, la vigilancia y evaluación del trabajo de la Organización, y en general en la toma de decisiones de los órganos deliberantes, para lo cual resulta indispensable contar con un plan de trabajo que guíe su labor.

Otro punto fundamental en este aspecto consiste en la necesidad evidente de un reforzamiento de la función de supervisión que tienen los órganos deliberantes, principalmente de los aspectos programáticos y financieros de la OMS, puesto que su participación es muy superficial lo que limita también la importancia de la naturaleza intergubernamental en las deliberaciones en estos ámbitos. De esta manera, se evidencian claramente falencias sus métodos de trabajo actuales, lo que se traduce en una falta de eficiencia en la supervisión, evaluación y en la asesoría que se proporciona a la Secretaría para la optimización de la labor de la OMS.

Si bien todas estas observaciones con respecto a las deficiencias del trabajo de los órganos deliberantes son importantes para el fortalecimiento de la gobernanza interna de la Organización, es esencial no dejar de lado consideraciones más importantes que evidencian la necesidad de cambios más sustanciales en la OMS como son la influencia de la interacción con otros actores en la definición de políticas a través de su financiación focalizada, y en general, otros desafíos vinculados a su pérdida de liderazgo en la salud mundial.

Como se puede observar a lo largo de la investigación se destaca la magnitud del crecimiento de actores involucrados en la salud, y el complejo panorama sanitario en el mundo que esto representa. La OMS es quien debería coordinar dicha cooperación para así evitar la fragmentación o la duplicidad observada, así como también para evitar que esta sea vertical, es decir, que sea generalizada para todos, en este caso debería ser quien resalte las prioridades globales definidas en la Organización y en especial las necesidades de los países establecidas en las estrategias de cooperación en

los mismos, para que no se trate solo de programas estandarizados de salud que muchas veces no son pensados a largo plazo.

Es evidente que existe la necesidad de encontrar mejores formas de ayudar a los distintos países a fortalecer sus instituciones de salud con una perspectiva a largo plazo, alejándose de dichos proyectos fragmentados que frecuentemente responden a las visiones, intereses, percepciones y experiencias de grupos de países desarrollados u otros actores provenientes de ellos. Se observa que en los marcos de colaboración actuales no se establece concretamente las funciones y responsabilidades de las distintas alianzas, y tampoco se determinan las responsabilidades de los involucrados, lo que resulta esencial para evitar cualquier conflicto de interés.

Además, los países deben contar con el apoyo de la OMS para fortalecer sus capacidades para gestionar eficientemente dicha ayuda, y para proveer lineamientos claros a los cooperantes. Por otro lado, la Organización debe coordinar eficientemente para que tanto su apoyo como el de otros interesados sea a largo plazo y focalizado, no solo con equipamiento, sino también con habilidades impartidas y experiencias compartidas en el país receptor de la ayuda, a fin de que los conocimientos sean transmitidos a largo plazo y que incluso sean mejorados y que la enorme cantidad de recursos provenientes de todos estos actores no sean dedicados a proyectos fragmentados.

La ayuda para el desarrollo sanitario eficiente es la que su propósito final es el de suprimir la necesidad de esa ayuda, para lo cual va construyendo las bases, fortaleciendo las capacidades y montando la infraestructura necesaria para que los países alcancen la autosuficiencia, si esto no sucede, la necesidad de ayuda nunca se acabará. Pero para conseguirlo, los niveles actuales de asignación de recursos tanto financieros como humanos a nivel país, no son suficientes. Aunque eso no quiere decir que un aumento del financiamiento a los países, signifique dejar a un lado la preponderancia que tiene la labor normativa de la OMS en todos los sus niveles, la cual siempre prevalecerá pues es el organismo supranacional encargado de generar políticas y normas comunes en el sector salud.

Al analizar la manera en que la OMS modela conductas para unificar esfuerzos en pro de la salud global se pone en evidencia la necesidad de propiciar cambios en la manera en la que la Organización interactúa con otros interesados de la salud, en especial se puede apreciar la falta de un marco de cooperación actualizado y más específico que se enfoque en guiar y orientar las iniciativas sanitarias mundiales y particularmente aquellas que incluyen importantes recursos financieros, lo que afecta no únicamente en el nivel de gobernanza sanitaria de la OMS sino también en la eficacia y eficiencia en que ésta realiza su trabajo ya que la participación de estos actores en su sistema de financiación es considerablemente mayor a la de los mismos Estados Miembros (75% vs. 25%).

En este sentido, resulta evidente el debilitamiento del rol rector de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial, principalmente por la falta de una normativa clara que oriente y controle las interacciones de todos los interesados en la salud. De esta manera, actualmente la rendición de cuentas de la Organización es proporcionalmente mayor a los donantes que a los mismos Estados Miembros, y sus funciones se centran cada vez más en programas financiados por recursos dirigidos a fines específicos, a pesar de que estos no se encuentren alineados con las prioridades establecidas mediante consenso intergubernamental dentro de la Organización. En consecuencia, y junto a la falta de una coordinación eficaz por parte de la OMS, existe cada vez mayor libertad para los actores involucrados, lo que genera a su vez mayor dispersión de los objetivos estratégicos de la Organización.

Sin embargo, si nos referimos a los tipos de financiamiento que existen en la Organización, si bien es cierto que el principio fundamental de este análisis es la necesidad de fortalecer el rol de la OMS como autoridad sanitaria mundial y su función de coordinación en esta materia a través del alineamiento de las contribuciones voluntarias a las prioridades definidas por los Estados Miembros, se tiene que reconocer que al ser una Organización principalmente financiada por donantes, no se puede esperar ni mucho menos exigir que todas sus aportaciones sean controladas y dirigidas a los programas que la Organización decida, por cuanto ellos dejarían de contribuir con dicha suma de dinero.

Sin embargo, lo que sí se podría realizar es lograr un consenso sobre un conjunto de criterios en los que debería basarse el enfoque general para el financiamiento de la OMS. Para esto, se debería abogar para que exista un fondo conjunto en el cual todas las contribuciones voluntarias tengan una tasa fija de aportación flexible, tasa que si bien existe en la actualidad no es aplicada para todos los casos ni en el mismo nivel. Cabe destacar que si bien el conjunto de criterios debería incluir principios fundamentales establecidos en la Declaración de París, como la previsibilidad y la flexibilidad, pues la OMS atraviesa problemas semejantes, debería enfocarse también en problemas y soluciones más específicas para la Organización incluyendo mecanismos internos para afrontarlos.

Es así que resulta indispensable tomar en cuenta la importancia de que la Organización realice numerosos cambios en el área de gobernanza a fin de fortalecer la confianza que los donantes requieren para aceptar esas condiciones cuando deciden dar sus recursos para la OMS. Es precisamente allí donde también una gestión más eficiente a través del fortalecimiento de la eficacia institucional, reestructuración del personal y su distribución racional, replanteamiento del marco de planificación con resultados claramente establecidos e indicadores de fácil medición y evaluación, el fortalecimiento de sistemas de seguimiento, transparencia y rendición de cuentas, y de los controles financieros, tienen una importancia vital para incentivar a los donantes a proporcionar fondos más previsibles y flexibles.

Al mismo tiempo, el incremento de esas dos propiedades del financiamiento contribuiría a obtener mejoras en la eficacia del desempeño de dichas funciones. En realidad, una Organización fortalecida con sistemas de gestión y funciones claras en todos sus niveles, atraería más recursos no solo de donantes, sino de los mismos Estados Miembros, y éstos no pondrían tantas trabas ya que confiarían en que con el liderazgo de ésta, todas las contribuciones serían gestionadas eficazmente y que todos los programas y funciones de la Organización producirían resultados igual de positivos a favor de mejorar la salud de todas las poblaciones en el mundo.

#### **4. CONCLUSIONES**

La hipótesis de trabajo se cumple ya que para responder efectivamente a los problemas sanitarios actuales no es una alternativa trabajar dentro de la estructura institucional existente, pues se necesita una Organización fortalecida para alcanzar una gobernanza sanitaria mundial efectiva y eficiente que tenga un impacto positivo en la salud mundial.

La OMS cuenta con ventajas comparativas, principalmente en su labor normativa y su poder de convocatoria, lo que le permite conseguir la acción colectiva en muchos ámbitos, sin embargo, es precisamente en ese aspecto en el que se han visto debilitadas sus capacidades para aprovechar su experiencia y difundir un mensaje único del sector salud que la posicionen sobre otros intereses en sectores esenciales del desarrollo.

Los ODM continuarán siendo un componente clave en las prioridades sanitarias mundiales, sin embargo se evidencia la carencia de capacidades en los países y la falta de resultados contundentes en el apoyo de la OMS para la implementación de estrategias para su consecución puesto que se observa que en muchas ocasiones falta un enfoque más amplio y un trabajo intersectorial más intenso, pues muchos países no cuentan con la capacidad necesaria para generar y utilizar datos fidedignos que permitan adoptar políticas en esta esfera.

A pesar de la importancia de los impresionantes avances tecnológicos y científicos que se han dado en estos últimos años, estos también han encarecido y agudizado las desigualdades que existe en cuanto al acceso a medicamentos y tratamientos, perjudicando principalmente a las poblaciones más pobres.

La enorme variedad de problemas a la salud que trae consigo la rápida y creciente urbanización mundial representa un enorme desafío para los países y para la OMS, ya que por lo general no se cuenta con la información real y la que se dispone suele ser generalizada, por lo que en los procesos de adopción de políticas y planificación urbanística se desconoce las realidades sanitarias de las personas que viven en zonas marginales de las ciudades.

El Programa General de Trabajo actual resulta importante puesto que proporciona información contextual sobre los retos sanitarios mundiales y acertadamente describe las ventajas de la OMS y las esferas prioritarias de trabajo, en especial en temas claves como el fortalecimiento de la gobernanza, el liderazgo, la rendición de cuentas y el apoyo en los países a la labor de sus gobiernos, pero es precisamente en estas áreas en las que se evidencia falencias en la gestión por falta de mecanismos más concretos en la práctica, por lo que se evidencia una débil vinculación entre los distintos instrumentos de programación estratégica para obtener los resultados esperados.

Si bien la concepción del Plan Estratégico a Plazo Medio (2008-2013) y de los presupuestos por programas es acertada puesto que permiten mayor especificidad en el trabajo a realizarse en periodos más cortos, al tratar de abarcar todas las actividades posibles la determinación de la prioridad relativa entre los objetivos allí estipulados se torna difícil, y al no existir una priorización, su vinculación con la asignación de recursos también se ve entorpecida.

Las Estrategias de Cooperación en los Países no tienen la suficiente importancia por lo que no existen mecanismos formales para vincular sistemáticamente las necesidades de los países identificadas en las mismas con los instrumentos de programación estratégica creando así desajustes entre las demandas de los Estados Miembros con las prioridades establecidas y sus correspondientes presupuestos.

Las estructuras de gobierno de la Organización requieren de cambios en su manera de operar puesto que no se cuenta con una sistematización, racionalización y priorización de su labor, lo que debilita sus funciones de supervisión, evaluación y asesoría, además limita su involucración directa en temas esenciales de la gestión de la OMS y en la verificación del cumplimiento de políticas adoptadas, principalmente de Resoluciones.

Existe una débil vinculación entre la labor de los órganos deliberantes regionales y mundiales, puesto que no existe un sistema de armonización entre las prioridades regionales y mundiales, por lo general este proceso sólo se da de arriba hacia abajo y de manera informal.

Aunque varias alianzas sanitarias mundiales han tenido resultados positivos a favor de la salud, el problema radica en que éstas no están siempre en coherencia con las prioridades establecidas dentro de los instrumentos de programación estratégica.

La función de la OMS en el liderazgo y coordinación de las distintas iniciativas sanitarias mundiales se ve debilitada, puesto que no existe un marco más detallado y específico para la Organización que oriente su interacción con los distintos interesados en todos los niveles y en especial que cuente con mecanismos para el seguimiento y evaluación de dicha cooperación, particularmente para garantizar que ésta se encuentre alineada con las áreas prioritarias establecidas, con las normas de la OMS y principalmente con los presupuestos por programas, lo que promueve la continua dispersión de recursos, duplicación de proyectos y gestión ineficiente de la Organización.

El control de las relaciones de la OMS con Organizaciones No Gubernamentales necesita ser reforzado pues los mecanismos y procesos establecidos de vigilancia y evaluación son sumamente débiles frente al creciente número de interacciones de este tipo, incluso el mandato al Comité encargado de ello no es lo suficientemente amplio, además existe una falta de información actualizada y principalmente un débil control de la transparencia para evitar cualquier tipo de conflicto de interés.

La OMS necesita reforzar su colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas pues se observa una débil labor de la Organización en la promoción de la salud en otros foros intergubernamentales, lo que ha dado espacio a que la salud quede relegada frente a otros intereses especialmente en cuanto al comercio y propiedad intelectual, así como también en cuanto al alineamiento de prioridades para una colaboración eficaz en los países.

Al ser los donantes los principales contribuyentes en la financiación de la labor de la Organización, y al no existir un marco que establezca lineamientos claros y estandarizados cuando se tratan de contribuciones importantes, existe mucha apertura para que en la OMS se den problemas de conflictos de intereses, especialmente por la naturaleza de dichos donantes (provenientes de países



desarrollados) lo que entorpece la labor eficiente de la Organización al tratarse de contribuciones ni flexibles ni previsibles.

El marco de planificación actual a pesar de ser basado en resultados menoscaba la evaluación eficaz del desempeño pues éstos no son formulados con precisión dentro de los instrumentos de programación estratégica, lo que impide que la contribución específica de la OMS a la consecución de los objetivos y los resultados previstos en cada nivel puedan ser realmente medidos y cuantificados, incluso resulta difícil diferenciarlos.

En cuanto a la asignación estratégica de recursos se observa una falta de análisis real tanto de las actividades desempeñadas en cada nivel como de sus costos reales, por lo que la asignación de recursos a nivel país no es suficiente, cuando es precisamente en este nivel donde se debería centrar gran parte de los esfuerzos para abordar las necesidades de los países.

La falta de una estrategia reforzada de movilización de recursos en toda la Organización impide que exista un enfoque coordinado ni en la planificación ni en la ejecución de los presupuestos por programas.

A pesar de que la fuerza de la OMS se encuentre en su personal, la gestión en materia de recursos humanos no se encuentra en consonancia con el financiamiento disponible, además que las prácticas y políticas no favorecen a una rotación y despliegue oportunos del diferente tipo de personal, puesto que no existen mecanismos sistematizados para realizarlo.

Aunque se identificó que existen algunas políticas y procesos en cuanto a la rendición de cuentas, no existen mecanismos de control estandarizados y sistematizados que velen por su cumplimiento y favorezcan a la transparencia en la Organización.

## **5. RECOMENDACIONES**

La OMS no requiere de cambios constitucionales puesto que su mandato es claro y amplio, sin embargo los instrumentos de programación estratégica deberían ser revisados y actualizados especialmente mediante la reorientación de las actividades básicas para superar los retos sanitarios con que se

enfrentan los países en el siglo XXI y la vinculación sistemática entre ellos, invirtiendo el proceso a uno generado a partir de los Estados Miembros mediante la identificación de prioridades comunes a través de las Estrategias de Cooperación en los Países.

Si bien el proceso de establecimiento de prioridades debe partir desde los Estados Miembros, este debería siempre contar con una perspectiva estratégica que tome en cuenta principalmente las ventajas comparativas de la OMS, sus funciones principales y para las que está más capacitada, y el nivel donde se puede realizar un mejor trabajo, de manera que sean tratados como criterios transversales en el proceso y se obtengan beneficios reales

Cada dos años para la elaboración de un nuevo presupuesto por programas, el Consejo debería incluir en su orden del día la revisión de un análisis en profundidad de la situación global de la salud, las prioridades establecidas, y las acciones internacionales involucradas con la mismas, a fin de abordar problemas sanitarios en rápida evolución como los detallados en esta investigación.

En la redefinición de los ODM después del 2015, la OMS tiene que desempeñar un papel de suma importancia puesto que éstos serán un componente esencial dentro de las nuevas prioridades a establecerse, por lo que deberá velar para que las definidas por los Estados Miembros tengan una posición importante en los nuevos ODM. Dentro de las cuales se debe incluir a las enfermedades crónicas no transmisibles, estableciendo indicadores que permitan hacer seguimiento, y aprovechando también el mandato de la Declaración Política adoptada en este tema para implementación de estrategias multisectoriales que apunten a la disminución de los factores de riesgo.

La OMS deberá redoblar su apoyo en la implementación de estrategias centradas en la consecución de los ODM y en general de las prioridades que se establezcan, éstas deberán contar con un enfoque más amplio que aborde nuevos retos sanitarios como la carga de las ENT y los determinantes sociales de la salud, mediante un trabajo centrado en la creación de capacidad para la colaboración con otros sectores a fin de trabajar en la reducción de la inequidades sanitarias, como área prioritaria de la OMS.

Los países deberán intensificar los esfuerzos y dirigir más recursos en la reducción de inequidades mediante el análisis del impacto que tienen los determinantes sociales en la salud para la formulación de sus políticas sanitarias, para lo cual la OMS también tendrá que movilizar más recursos con este fin para apoyar a los países a desarrollar mayor capacidad para proporcionar datos fidedignos que permitan generar dichas políticas; en ambos casos se deberá financiar mediante el redireccionamiento de las políticas públicas y de la Organización dando más prioridad al desarrollo de sistemas de información fortalecidos.

La OMS debe incluir dentro de sus prioridades globales, a fin de direccionar mayor cantidad de recursos, el apoyo a los países a través de asesoramiento técnico a desarrollar capacidades para proporcionar datos confiables también sobre las realidades y problemas sanitarios en las ciudades de manera que se mejore el conocimiento sobre sus factores determinantes y se puedan incluir en la elaboración de políticas más coordinadas y que tengan un enfoque intersectorial que abarque a todos los ámbitos involucrados.

Resulta indispensable el desarrollo de alianzas, empezando con las regionales para desde allí ir avanzando hacia alianzas globales que protejan los avances tecnológicos y científicos y permitan que los medicamentos y tratamientos estén al alcance de todas las personas independientemente de su situación socioeconómica. En este aspecto, la OMS tiene que fortalecer su función de liderazgo para lograr coherencia entre los sectores involucrados, principalmente el de comercio y propiedad intelectual, y debe intensificar sus esfuerzos en el apoyo a los países para aprovechar las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

Los Estados Miembros deberán revisar los calendarios y los métodos de trabajo de los órganos deliberantes y considerar la posibilidad de implementar un mecanismo formal para crear una vinculación sistemática entre ellos, principalmente entre los regionales y mundiales, para lo cual un plan de trabajo que guíe su labor sería la opción más adecuada, especialmente para que se cuente con enfoque estratégico, sistemático y disciplinado tanto en el establecimiento de prioridades como en los temas y números de las resoluciones que se presentan y las que se adoptan; lo que debería ser

adoptado por los órganos deliberantes mundiales para la implementación por parte de la Secretaría de la OMS.

Los Estados Miembros a través de los órganos deliberantes deberían aprobar la implementación de un mecanismo formal para la composición de órdenes del día tanto de la Asamblea como del Consejo Ejecutivo a fin de que las prioridades sanitarias establecidas siempre estén incluidas. Éste tendría que contar con criterios previamente establecidos, especialmente para guiar la labor de los órganos deliberantes y que se racionalicen el número de resoluciones y el número de puntos tratados en cada reunión, vinculándolos siempre a los instrumentos de programación estratégica.

La OMS a través de sus Estados Miembros debería insistir en la importancia de mancomunar los esfuerzos para el cumplimiento de las políticas adoptadas en el seno de sus órganos deliberantes, recogidas principalmente en Resoluciones, ya que son éstas las que deberían ser la bandera de lucha de la Organización, para lo cual éstos deberían aprobar una Resolución que establezca la creación de un mecanismo que facilite su seguimiento y velar por que se cumplan dichas resoluciones y lograr convergencia mundial en diferentes temas de salud en el periodo esperado.

En cuanto al creciente aumento de reuniones de grupos de trabajo intergubernamentales, los programas técnicos tienen mucha información de temas especializados y éstas podrían ser racionalizadas y se reducirían costos al analizar con detalle la verdadera necesidad de llevar a cabo una de ellas cuando se trate de un tema de suma relevancia de salud pública y que conste dentro de las prioridades establecidas, pero principalmente delegando algunas de estas negociaciones al Consejo Ejecutivo, por su carácter intergubernamental.

La OMS también deberá reorientar su labor en el trabajo multisectorial así como en su colaboración con otras organizaciones enfocando su trabajo principalmente a la adopción de políticas que prioricen el derecho a la salud por sobre cualquier tipo de interés. Para esto también la Organización deberá continuar velando por que las prioridades sanitarias mundiales sean tratadas de manera equitativa en las negociaciones internacionales de otros sectores.

Se deberán crear plataformas en las que los distintos actores interesados en la salud mundial puedan ser escuchados de manera oportuna, paralelamente a las reuniones de los órganos deliberantes, pero siempre con carácter público y transparente, puesto que no se puede negar la importancia de la participación y aporte de estos actores para un conocimiento y desarrollo de un trabajo más integral. Este trabajo también debería ser fortalecido a nivel nacional para que todos los interesados puedan participar y se adopten medidas intersectoriales más coherentes.

La OMS debe trabajar más intensamente en apoyar a los países a fortalecer sus capacidades para una gestión eficiente de la ayuda, para lo cual su rol de liderazgo es importante puesto que puede propiciar la estandarización de procedimientos de los cooperantes así como el alineamiento de los proyectos a las prioridades nacionales y en especial, la coherencia entre todos los actores involucrados en un país a fin de evitar la duplicación de proyectos y así generar capacidad a largo plazo en los países.

Es indispensable el establecimiento de un marco o la actualización y fortalecimiento del existente para orientar la interacción de la OMS en alianzas y otros tipos de cooperación, en cualquiera de los dos casos se debe asegurar que se especifiquen los tipos de cooperación para lo cual podría crearse un reglamento específico para cada caso (especialmente la que incluye grandes cantidades de recursos), pero en cualquier caso se debe detallar claramente las responsabilidades de los organismos multilaterales y otros actores que participan en cada alianza o interacción.

Para las alianzas con una considerable aportación económica y en especial para los donantes se debería establecer dentro de un marco rector, específico para ellos, directrices claras en especial en temas de transparencia, rendición de cuentas y protección de potenciales conflictos de intereses, y especialmente una normativa clara que establezca una tasa de contribución general para un fondo común de la Organización y que tenga como fin el financiamiento de áreas prioritarias.

Debería establecerse además un mecanismo de supervisión de todas las alianzas e interacciones con otros interesados, evaluando el beneficio o desventaja de cada una de ellas, y principalmente asegurando la transparencia

de todas éstas, para lo cual el mandato del Comité de Organizaciones No Gubernamentales podría ser ampliado, mediante la aprobación de una Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, previamente adoptada y revisada por el Consejo Ejecutivo, la cual incluya un informe y una propuesta de mandato, a fin de que incluya el seguimiento y evaluación de las interacciones de la OMS con otros tipos de actores el cual deberá rendir cuentas al Consejo Ejecutivo, pero de una manera más transparente.

Los Estados Miembros deberían aprobar la creación de un mecanismo de previsión de recursos en la etapa de planificación en la que se mantengan debates claros y abiertos con los donantes para que éstos puedan comprometer todos o parte de sus recursos a áreas prioritarias para contar con un mayor porcentaje de la financiación asegurada antes de empezar los periodos de ejecución de los presupuestos por programas. Para lo cual la Secretaría de la OMS debería establecer un grupo de técnicos especialistas que se encarguen de la planificación, ejecución y seguimiento de dichos debates.

Para estos conversatorios públicos con todos los posibles financiadores de la Organización se debería ya contar con un nuevo plan de trabajo en el que consten las nuevas prioridades claramente definidas por los Estados Miembros y ajustadas a las realidades sanitarias y financieras; y a las capacidades y funciones donde la OMS tiene un papel central. De esta manera, éstas serían expuestas a los donantes junto con el detalle de cómo han sido focalizadas mediante todos los instrumentos de programación y su articulación en todos los niveles de la OMS junto a los procesos de reformas en la gestión institucional.

Es necesario revisar el mecanismo actual de asignación de recursos, en especial en lo que se refiere al porcentaje destinado a los países, ya que estos deberán ser el actor principal en el nuevo sistema de planificación, a fin de abordar sus necesidades prioritarias.

Resulta indispensable que la Secretaría de la OMS establezca un plan de institucionalización de mecanismos internos de control y evaluación de la eficacia en la Organización (a través de deliberaciones de los Estados Miembros) en los que se establezcan claramente los parámetros y procesos para una gestión eficaz del desempeño, transparencia y rendición de cuentas,

así como también sistemas informatizados para la descripción de empleos y perfiles en los tres niveles de la OMS para una rotación y contratación eficaz del personal. Para ello, es importante redireccionar un porcentaje importante de recursos destinados a gastos administrativos, que se enfoquen en esta mejora de la eficiencia de los procesos institucionales.

Si se establecen claramente las prioridades de la Organización y se mejoran los mecanismos de gobernanza, asignación de recursos y gestión, y si los Estados Miembros y otros asociados en pro de la salud perciben los beneficios mutuos de la misma y ésta ofrece mayores oportunidades para asegurar los intereses internacionales, los involucrados desviarán su lealtad a la Organización, así como también sus recursos, tal y como la teoría institucionalista establece.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Libros**

- BAYLIS, J. et al. (2008). *The globalization of world politics*. Estados Unidos, Nueva York: Oxford.
- GOODIN, R. et al. (2001). *Nuevo manual de ciencia política*. España, Madrid: Ediciones Istmo.
- OMS. (2009). *Documentos Básicos: Constitución de la OMS*. Suiza, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- TALLBERG, J. et al. (2010). *Transnational actors in global governance*. Estados Unidos, Nueva York: Pelgrave Macmillan.
- TUJAN, A. et al. (2006). *Objetivos de desarrollo para el milenio: puntos de vista críticos del sur*. España, Madrid: Popular.

### **Informes**

- OMS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Suiza, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Suiza, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*. Suiza, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/ONU-HABITAT. (2010). *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Suiza, Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos.
- ONU-HABITAT. (2010). *The state of the world's cities 2010/2011*. Kenia, Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos.
- OPS. (2010). *Diálogo entre Ministros: La recesión mundial y los ODM*. Estados Unidos, Nueva York: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2011). *Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable*. Estados Unidos, Nueva York: Organización Panamericana de la Salud.

### **Web**

- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. (2011). *Seeking order out of global health chaos*. Recuperado el 19 de agosto de 2012, de CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION: [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.109-3701](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.109-3701)



- DCI. (2012). *Acerca de la DCI*. Recuperado el 25 de agosto de 2012, de DEPENDENCIA COMÚN DE INSPECCIÓN:  
<http://www.unjiu.org/sp/about.htm>
- DCI. (2001). *Examen de la gestión y la administración en la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001 (JIU/REP/2001/5)*. Recuperado el 25 de agosto de 2012, de DEPENDENCIA COMÚN DE INSPECCIÓN:  
[http://www.unjiu.org/data/reports/2001/sp2001\\_5.pdf](http://www.unjiu.org/data/reports/2001/sp2001_5.pdf)
- DCI. (2007). *Informe sobre las contribuciones voluntarias en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, su repercusión en la ejecución de los programas y las estrategias de movilización de recursos 2007*. Recuperado el 21 de agosto de 2012, de DEPENDENCIA COMÚN DE INSPECCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS:  
[http://www.unjiu.org/data/reports/2001/sp2001\\_5.pdf](http://www.unjiu.org/data/reports/2001/sp2001_5.pdf)
- MARTINEZ, T. (11 de febrero de 2011). *Financiación de la cobertura Universal. ¿Cómo resolvemos el problema?* Recuperado el 8 de junio de 2012, de YA QUE NO PODEMOS HABLAR:  
<http://teodorojmartinez.wordpress.com/2011/02/09/oms-2010-financiacion-de-la-cobertura-universal-%C2%BFcomo-resolvemos-el-problema-3-de-11/>
- MOPAN. (2012). *About the Network*. Recuperado el 25 de agosto de 2012, de MULTILATERAL ORGANIZATION PERFORMANCE AND ASSESSMENT NETWORK: <http://www.mopanonline.org/about>
- MOPAN. (enero de 2011). *MOPAN Common Approach: WHO 2010*. Recuperado el 25 de agosto de 2012, de MULTILATERAL ORGANIZATION PERFORMANCE AND ASSESSMENT NETWORK:  
[http://www.mopanonline.org/upload/documents/WHO\\_Final-Vol-II\\_January\\_17\\_Issued1.pdf](http://www.mopanonline.org/upload/documents/WHO_Final-Vol-II_January_17_Issued1.pdf)
- NACIONES UNIDAS. (2009). *Programa 21*. Recuperado el 3 de junio de 2012, de DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DE LAS NACIONES UNIDAS:  
[http://www.un.org/esa/dsd/agenda21\\_spanish/res\\_agenda21\\_06.shtml](http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/res_agenda21_06.shtml)
- OECD. (2 de marzo de 2005). *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo*. Recuperado el 6 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN ECONÓMICA Y EL DESARROLLO:  
<http://www.oecd.org/development/aideffectiveness/34580968.pdf>
- OMS. (s.f.). *¿Qué son las inequidades sanitarias?* Recuperado el 3 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf)
- OMS. (octubre de 2011). *CERRANDO LA BRECHA: La Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 3 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

- OMS. (s.f.). *Conferencia Sanitaria Internacional*. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)
- OMS. (febrero de 2002). *Conocer la sociedad civil: Temas de interés para la OMS*. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD :  
<http://www.who.int/civilsociety/documents/en/ConocerSociedadCivil2001-DP2-sp.pdf>
- OMS. (20 de diciembre de 2007). *Documento EB122/19: Alianzas*. Recuperado el 5 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB122/B122\\_19-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_19-sp.pdf)
- OMS. (13 de enero de 2012). *Documento EB130/5 Add.1: Programas y establecimiento de prioridades*. Recuperado el 10 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add1-sp.pdf)
- OMS. (22 de abril de 2010). *Documento A63/44: Alianzas*. Recuperado el 5 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_44-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_44-sp.pdf)
- OMS. (5 de mayo de 2011). *Documento A64/4: Financiación de la OMS en el futuro*. Recuperado el 5 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_4-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-sp.pdf)
- OMS. (13 de ABRIL de 2012). *Documento A65/14, Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*. Recuperado el 31 de MAYO de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_14-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_14-sp.pdf). Acceso: 31 de mayo de 2012,9:57.
- OMS. (5 de abril de 2012). *Documento A65/29.Add.1: Contribuciones voluntarias, por fondo y por donante, correspondientes al ejercicio 2010-2011*. Recuperado el 13 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_29Add1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_29Add1-sp.pdf)
- OMS. (16 de mayo de 2012). *Documento A65/39: Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales*. Recuperado el 11 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_39-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_39-sp.pdf)
- OMS. (19 de mayo de 2012). *Documento A65/5.Add.2: Informe de evaluación de la primera etapa*. Recuperado el 19 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_5Add2-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5Add2-sp.pdf)
- OMS. (11 de mayo de 2006). *Documento EB118/7: Asignación estratégica de recursos*. Recuperado el 11 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN

MUNDIAL DE LA SALUD:

[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB118/B118\\_7-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_7-sp.pdf)

- OMS. (15 de diciembre de 2010). *Documento EB128/21: Financiación de la OMS en el futuro*. Recuperado el 22 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB128/B128\\_21-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_21-sp.pdf)
- OMS. (17 de noviembre de 2011). *Documento EB130/26: Recursos humanos: informe anual*. Recuperado el 23 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_26-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_26-sp.pdf)
- OMS. (19 de enero de 2012). *Documento EB130/36: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20)*. Recuperado el 3 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_36-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_36-sp.pdf)
- OMS. (27 de diciembre de 2012). *Documento EB130/5 Add.3: Gobernanza*. Recuperado el 25 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add3-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add3-sp.pdf)
- OMS. (27 de diciembre de 2011). *Documento EB130/5 Add.4. Gobernanza: Promoción de la colaboración con otras partes interesadas y de la participación en las alianzas y la supervisión de las mismas*. Recuperado el 26 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add4-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add4-sp.pdf)
- OMS. (22 de diciembre de 2011). *Documento EB130/5 Add.8: Política de evaluación de la OMS*. Recuperado el 26 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add8-sp.pdf)
- OMS. (22 de diciembre de 2011). *Documento EB130/5.Add.5, Reforma de la gestión: lograr que la financiación de la OMS sea más previsible*. Recuperado el 12 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add5-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add5-sp.pdf)
- OMS. (13 de enero de 2012). *Documento EB130/5.Add.7*. Recuperado el 28 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_5Add7-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add7-sp.pdf)
- OMS. (15 de octubre de 2011). *Documento EBSS/2/2: Reformas de la Organización Mundial de la Salud para un futuro saludable*. Recuperado el 3 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EBSS/EBSS2\\_2-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_2-sp.pdf)
- OMS. (13 de enero de 2005). *EB115/45: Comité de Programa Presupuesto y Administración*. Recuperado el 2012 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_45-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_45-sp.pdf)

- OMS. (2002). *Examen de la interacción entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales*. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
<http://www.who.int/civilsociety/documents/en/RevreportS.pdf>
- OMS. (s.f.). *Gobernanza*. Recuperado el 23 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
<http://www.who.int/governance/es/>
- OMS. (s.f.). *Gobernanza*. Recuperado el 23 de julio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
<http://www.who.int/governance/es/>
- OMS. (s.f.). *Historia de la OMS*. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
<http://www.who.int/about/history/es/index.html>
- OMS. (23 de mayo de 2012). *La Dra. Margaret Chan, nombrada Directora General de la Organización Mundial de la Salud por un segundo mandato*. Recuperado el 22 de septiembre de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dg\\_appointment\\_20120523/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dg_appointment_20120523/es/index.html)
- OMS. (7 de abril de 2010). *La planificación urbana es esencial para la salud pública*. Recuperado el 9 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban\\_health\\_20100407/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/index.html)
- OMS. (septiembre de 2011). *Nota descriptiva: Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Recuperado el 7 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html>.
- OMS. (2008). *Plan estratégico a plazo medio 2008-2013*. Recuperado el 10 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP2009/MTSP2-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/MTSP2-sp.pdf)
- OMS. (8 de diciembre de 2011). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 7 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_6-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_6-sp.pdf)
- OMS. (2012 de febrero de 2012). *Reforma de la OMS: Programas y establecimiento de prioridades*. Recuperado el 10 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/dg/reform/consultation/priorit\\_setting\\_es.pdf](http://www.who.int/dg/reform/consultation/priorit_setting_es.pdf)
- OMS. (2 de septiembre de 2011). *Reformas de la gestión de la OMS*. Recuperado el 24 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:  
[http://www.who.int/dg/reform/who\\_managerial\\_reforms\\_discussion\\_paper\\_es.pdf](http://www.who.int/dg/reform/who_managerial_reforms_discussion_paper_es.pdf)

- OMS. (21 de mayo de 2010). *Resolución WHA63.10*. Recuperado el 6 de agosto de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R10-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R10-sp.pdf)
- OMS. (2006). *Trabajar en pro de la salud*. Recuperado el 9 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf)
- OMS. (Mayo de 2006). *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015: Un programa de acción sanitaria mundial*. Recuperado el 30 de mayo de 2012, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf)
- OPS. (s.f.). *El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 4 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf>
- OPS. (s.f.). *La salud y el desarrollo humano*. Recuperado el 4 de junio de 2012, de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: <http://www.paho.org/spanish/d/p25.pdf>
- REVISTAS ICE. (JUNIO de 2002). *SALUD Y DESARROLLO SOSTENIBLE*. Recuperado el 2 de Junio de 2012, de ICE: [http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE\\_800\\_173-179\\_\\_248DEC7BEB6E56D291B59F95F6C13979.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE_800_173-179__248DEC7BEB6E56D291B59F95F6C13979.pdf)
- SELA. (25 de febrero de 2003). *Declaración de Roma sobre la armonización*. Recuperado el 6 de agosto de 2012, de SISTEMA ECONÓMICO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE: [http://www.sela.org/attach/258/EDOCs/SRed/2005/11/T023600001012-0-Informe\\_de\\_relatoria\\_XVI-A2-Di11.htm](http://www.sela.org/attach/258/EDOCs/SRed/2005/11/T023600001012-0-Informe_de_relatoria_XVI-A2-Di11.htm)
- SENGHASS, D. (2011). *La gobernanza mundial y el derecho mundial en un mundo fragmentado*. Recuperado el 22 de septiembre de 2012, de UNIVERSIDAD DE CHILE-INSTITUTO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES: <http://www.revistaei.uchile.cl/index.php/REI/article/viewFile/14344/14656>
- UNCTAD. (18 de marzo de 2002). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo*. Recuperado el 6 de agosto de 2012, de CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE COMERCIO Y DESARROLLO: [http://unctad.org/es/docs/aconf198d11\\_sp.pdf](http://unctad.org/es/docs/aconf198d11_sp.pdf)
- WOLFENSOHN, J. (junio de 2008). *Reducción de la pobreza a escala mundial*. Recuperado el 7 de agosto de 2012, de BANCO MUNDIAL: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2009/02/13/000334955\\_20090213061912/Rendered/PDF/336860PUB0SPAN101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2009/02/13/000334955_20090213061912/Rendered/PDF/336860PUB0SPAN101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf)